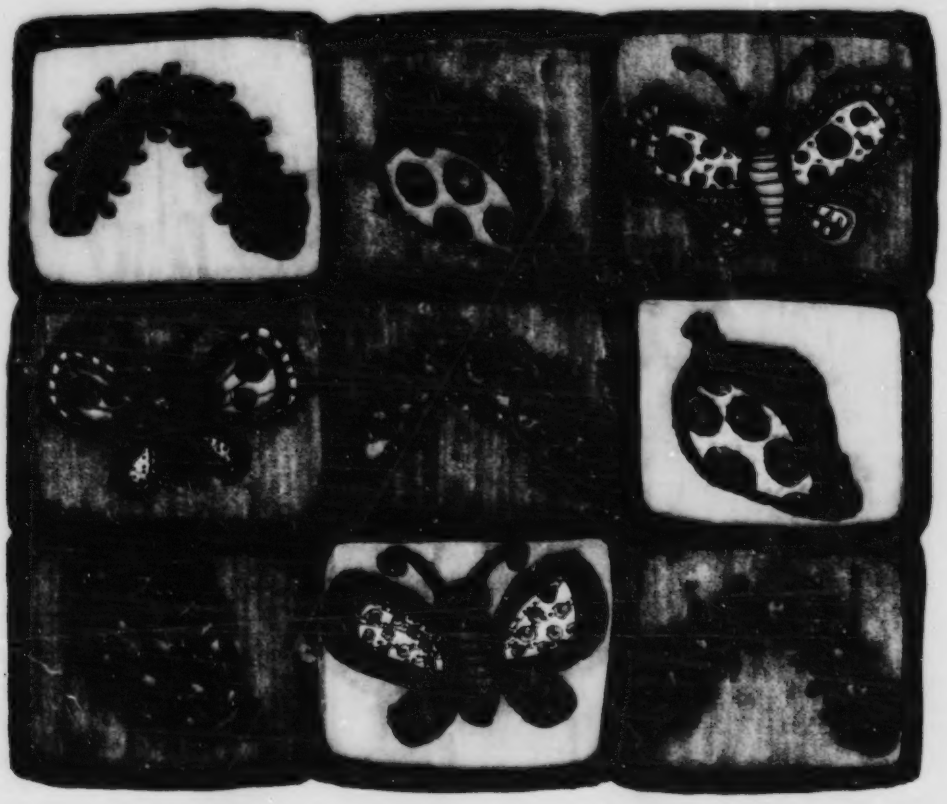
The Opportunity of Adolescence:

The Health Sector Contribution



Federal/Provincial/Territorial
Advisory Committee on Population Health

October 2000

103-00420/

Acknowledgments

The Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (ACPH) would like to thank Youth Net/Réseau Ado for their work in developing the cover design for this report. Youth Net/Réseau Ado is a bilingual, regional mental health promotion and early intervention program run by youth for youth based at the Children's Hospital of Eastern Ontario. The organization has been running focus groups and support groups in the community since the summer of 1994. Central to their philosophy is a commitment to listening to youth and connecting them with each other, while providing them with a safety net of youth-friendly professionals when needed. A special thank you goes out to Sarah Brandon who coordinated the cover design and to Meaghan Haughian, the artist who developed the artwork for the cover.

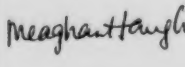
In October 1999, the following individuals participated in a one day session to provide the ACPH with a variety of perspectives on the experiences of and issues for youth in Canada today:

Dr. Miriam Kaufman	Hospital for Sick Children, Toronto
Dr. Simon Davidson	Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa
Dr. Roger Tonkin	McCreary Centre Society, Burnaby
Dr. Tullio Caputo	Carleton University, Ottawa
Ms. Elizabeth O'Neill	Big Brothers/Big Sisters, Edmonton
Mr. Harvey McCue	Private Consultant, Ottawa
Dr. Sylvie Jutras	Université du Québec à Montréal, Montréal

This day was instrumental in developing the framework for the paper and the ACPH wishes to express its sincere appreciation to these individuals for their support at a critical stage in conceiving the structure and content of the paper.

Artist Statement

"As children become adolescents and then adults, they are faced with increased challenges. This is represented by a greater use of detail in each metamorphic stage of the cover image. The alternating wing designs and coloured squares show that every transition into adulthood is different, while the overall form of the quilt unites adolescents in their shared experience"



Meaghan Haughian, youth, creator of cover art image

No changes permitted. Permission is granted for non-commercial reproduction. Please acknowledge the source.

This publication can be made available in/on computer diskette/large print/audio-cassette/braille, upon request or at the following Web site address:

http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/

Ce document est aussi offert en français sous le titre :

Perspectives d'appui aux adolescents : la contribution du secteur de la santé

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by
the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000
Cat. N°: H39-548/2000E
ISBN: 0-662-29242-1

Table of Contents

1.0 Executive Summary 1

2.0 Background to This Report 5

3.0 Context for This Report 5
- **3.1** Population Health Approach 6
- **3.2** Intersectoral Collaboration 6
- **3.3** Involvement of Youth 7

4.0 Who Are They? 8
- **4.1** Population 9
- **4.2** Family Structure 9
- **4.3** Where They Live 9
- **4.4** Language 10
- **4.5** Youth With Disabilities 10

5.0 How Are They Doing? 10
- **5.1** Healthy Child Development 10
- **5.2** Health Services 11
- **5.3** Personal Health Practices and Coping Skills 11
- **5.4** Social Environment 11
- **5.5** Education 12
- **5.6** Income 12
- **5.7** Physical Environment 12
- **5.8** Biology and Genetic Endowment 12

6.0 How Do We Know If They Are Doing Well? 13
- **6.1** Manage Their Personal Health and Well-Being 13
- **6.2** Develop Intimate Relationships and Family Life 13
- **6.3** Participate in the Workforce 13
- **6.4** Participate in Community Life 14

7.0 Factors That Influence Adolescent Development and Health Outcomes 14
- **7.1** Healthy Child Development 15
  - **7.1.1** Early Child Development 16

7.2 Health Services 17
7.2.1 Accessibility and Availability of Services 17
7.2.2 Confidentiality 18
7.2.3 Services That Are Youth-Focussed and Youth-Friendly 18
7.3 Personal Health Practices and Coping Skills 20
7.3.1 Alcohol, Tobacco and Drug Use 21
7.3.2 Nutrition 22
7.3.3 Mental Health and Coping Skills 22
7.3.4 Supporting Safe and Healthy Sexual Practices 24
7.3.5 Unintentional Injuries 25
7.4 Social Environment 25
7.4.1 Families 26
7.4.2 Family Violence 28
7.4.3 Peers 29
7.4.4 Youth Homelessness 30
7.4.5 Communities 31
7.4.6 Media and Communications 31
7.5 Education 32
7.5.1 The School Environment 33
7.5.2 Health-Related Curriculum 34
7.5.3 Health Professionals Within the Education System 35
7.6 Income 35
7.6.1 Access to Adequate Income and Inequality 36
7.7 Physical Environment 37
7.7.1 Housing 37
7.7.2 Sun Exposure 38
7.7.3 Air and Water Quality 38
7.8 Biology and Genetic Endowment 39
7.8.1 Youth Who Have Chronic Health Conditions, Developmental, Behavioural and Physical Challenges 40
7.9 Beyond the Determinants of Health 41
7.9.1 Research, Measuring and Monitoring 41

Appendix A: Opportunities for Action 43
Appendix B: Members of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (April 2000) 48
Appendix C: Members of the Working Group on Healthy Child Development 49

Reference List 50

1.0 Executive Summary

Adolescence is a time of life characterized by enormous growth and development. Adolescents are at an important stage in developing lifelong skills that will enable them to make good decisions about lifestyle, learning, relationships and self-sufficiency. The health and well-being of adolescents is significantly influenced by the determinants of health, such as access to health services, personal health and coping skills, social supports, income, physical environment, and biological and genetic endowment. In collaboration with youth and other sectors, there are many opportunities for the health system to ensure that adolescents and their families have the information, resources and services they require to foster healthy physical, intellectual, emotional and social development.

Youth face two important transitions during the adolescent years. As they enter into the adolescent years, the care and support provided by their family and school changes to accommodate emerging expectations for increased responsibility and self-reliance. Adolescents have a great deal of work to do in the few short years before they reach adulthood when they are expected to be prepared to manage their own health and well-being, develop intimate relationships and participate in the workforce and community life.

Adolescents need supportive environments. Families, friends, schools, neighbourhoods, service delivery systems, the media and Internet, and their socio-economic status all influence adolescent health status, health behaviours and the use of health services. Adolescence is a time when youth take on more responsibility and become more independent in decision making. One of the important tasks is to experiment with new behaviours in the effort to understand choices and define oneself in relation to family, peers, community and future activities. Stable and supportive relationships with family and friends help adolescents to test and refine such life skills as setting goals and expectations, making smart choices, developing social competence, solving problems, dealing with conflict and contributing to community life.

Adolescents are an important element of our society. They have an abundance of positive energy, spirit and fresh ideas which often challenge the traditional norms of society. It is essential that their strengths, creativity, interests, capacities and abilities are recognized and nurtured. Adolescents seek out and respond to real opportunities to contribute to the quality of life in their schools, neighbourhoods and society. The unique vision and culture of youth has been, and will continue to be, a major contributor to positive social change.

While most adolescents in Canada are doing well, some adolescents are at risk of less than optimal outcomes. Youth who are growing up in adverse conditions, such as poverty, inadequate parental support and/or social environments that promote alcohol/drug use, unprotected sex and violence, need effective interventions that promote their capacity to "beat the odds." As the

number of factors that place an adolescent at risk increase, they have a negative multiplier effect on the youth's health and social outcomes, necessitating comprehensive strategies to foster resilience. Vulnerable youth who are provided with a supportive and flexible environment can better access the resources they need to develop their abilities to face life challenges successfully.

Purpose

The paper provides extensive information about the specific health issues for adolescents. Using the determinants of health framework, the paper describes the current health status for adolescents and identifies areas where certain youth have greater needs for information and support. The paper considers the importance of gender, ethnic and cultural differences in adolescent development and behaviours. It identifies opportunities for the health sector to take action to promote the healthy development of adolescents, building on the health sector's previous investments in early child development.

What the Health Sector Can Do

Ensuring that today's adolescents grow up in an environment that fosters healthy physical, intellectual, emotional, social and spiritual development will enable them to become tomorrow's capable parents, caregivers, workers and citizens. The health sector has been successful at putting early childhood development on the social and political agenda. The health sector must now protect and enhance this initial investment by also investing in the adolescent period.

Five strategic directions have been identified to support the health sector in more effectively meeting the needs of adolescents and their families. Focussing on these strategic directions enables governments to build on their previous investment in early child development and to contribute to healthy development across the lifespan.

1. **Improve the Availability and Accessibility of Health Services in Key Areas**

   To achieve their developmental milestones, all youth must have access to a wide range of confidential, youth-friendly health services which are accessible in both urban and rural settings. A number of concrete suggestions have been outlined in this paper that would greatly improve the availability and accessibility of services for youth. Specific programs and services can be created (e.g. outreach programs for vulnerable youth, peer mentoring programs, parent support groups), expanded (e.g. provide specific benefits not currently insured by our health system) or revised (e.g. remove legislative barriers that create barriers to access). Services can be provided in locations that are more accessible to youth (e.g. outreach programs, in schools, in malls, through the Internet). Finally, improving services in key health issue areas that have been identified in this paper (e.g. mental

health, health promotion, tobacco and substance use, family violence, sexual health, injuries) can also contribute to adolescent health and well-being.

Policy Challenge: Improve the availability and accessibility of services to youth in key health issue areas, in youth-friendly locations that support confidentiality, and by establishing, expanding and/or revising specific programs and services.

2. Provide Supportive Environments for Youth

The social and physical environments, as well as the education system, are important determinants of adolescent health. Families, peers, schools, communities, media and communications, and the natural and built environments significantly influence adolescent health and the personal health practices of youth. These environments involve multiple sectors such as education, social services, housing and environment. There are specific strategies identified in this paper that the health sector can undertake to better support families and youth.

Policy Challenge: The health sector must enhance services and supports to adolescents and families that promote healthy development within the family and work more closely with other sectors to develop joint strategies that support healthy environments for youth within the home, school and community.

3. Involve Youth

The importance of working directly with adolescents to improve their health was a key priority identified in the comprehensive health report *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. Youth have clearly articulated their desire to influence policies and services which are developed to support the safe and successful transition from childhood through to adulthood. Experts in adolescent development also support youth involvement and have outlined the benefits to both youth and society when opportunities are provided for youth to contribute to policy and program development and service delivery. Policymakers and experts need to consult with youth to determine their response to the desired directions and strategic directions outlined in this document.

Policy Challenge: The health sector must establish mechanisms through which youth can actively participate in identifying health issues that are important to them, in establishing priorities and developing strategies that will effectively meet their health needs.

4. Intersectoral Collaboration

Many of the determinants of health lie outside the direct mandate of the health system. It is important that the health sector initiate discussion with other sectors, such as education, social services, economic, recreation, justice and housing. To increase the understanding of how policies and programs of specific sectors affect adolescent health and to assist youth by making healthy choices the easy choices, it is necessary to establish a clear role for health in these areas and to develop comprehensive strategies that foster healthy adolescent development. Some specific areas for collaboration have been identified in this paper.

Policy Challenge: The health sector must identify opportunities to work more closely with other sectors, particularly education and social services, and collaborate in developing joint strategies that support the healthy development of adolescents.

5. Increase the Knowledge Base on Adolescent Health and Well-Being

To support healthy adolescent development, it is essential to have reliable, timely data on adolescents on all the determinants of health. Existing information must be comparable, linked regionally and made available on a national basis. Research, program evaluation and monitoring are necessary to increase our understanding of the conditions that support youth to choose healthy risk behaviours over risk behaviours that have a greater chance of having lifelong negative health consequences. It is necessary to learn which models are the most effective and which approaches work best in specific situations.

Policy Challenge: The health sector, in collaboration with other sectors, must undertake research on adolescent health which collects data across all determinants, improves knowledge about interventions that promote healthy adolescent development, and provides practical information to practitioners, policymakers and individuals.

2.0 Background to This Report

In Canada and around the world, there is much discussion about how adolescents can be supported to navigate the transition from childhood through adolescence and into adulthood by making healthy choices in all aspects of their lives.

This paper identifies key opportunities for action which respond to the request of Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Ministers and Deputy Ministers of Health for their sector to facilitate a cross-sectoral collaboration on adolescent development and for recommendations on how the health sector can support and contribute to healthy adolescent development and the National Children's Agenda.[a]

This paper builds on, and incorporates aspects of, two reports of the F/P/T Advisory Committee on Population Health, *Building a National Strategy for Healthy Child Development* (March 1998)[1] and *Investing in Early Child Development: The Health Sector Contribution* (September 1999).[2] It underscores the critical importance of a population health approach that emphasizes the key determinants of healthy adolescent development. The paper relies heavily on the data presented in the landmark report *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*.[3] Unless otherwise indicated, the data presented in this paper come from this report.

The education, health and social services sectors are the primary points of public contact for adolescents and their families. There are valuable opportunities for the health sector to take action to more effectively meet the needs of adolescents and their families and to work across health disciplines and with other sectors and jurisdictions to improve the health and well-being of all adolescents.

3.0 Context for This Report

Investing in adolescent development enables governments to protect and build on their previous investment in early child development and to contribute to an overall strategy that supports healthy development across the lifespan. While the health of adolescents is a key element in the social and economic fabric of society, the developmental needs of adolescents are often absent from public policies, surfacing most frequently when adolescents behave in troubling ways. The costs to individuals, families, communities and governments are substantial when adolescents fail to make a healthy transition from childhood through to adulthood.

---

a The National Children's Agenda was developed by the F/P/T Council of Ministers on Social Policy Renewal and national Aboriginal organizations. Quebec agrees with the objectives of the National Children's Agenda. However, the Government of Quebec has decided not to participate in its development because it wishes to assume full control over programs aimed at families and children within its territory. Furthermore, Quebec has not signed the Social Union Framework Agreement. Consequently, any references to joint F/P/T positions in this text do not include Quebec.

There are windows of opportunity at transition stages of development which can help influence future development and overcome earlier disadvantages. Adolescence is one of these opportunities and should neither be lost nor left to chance.

3.1 Population Health Approach

A population health approach is crucial to addressing the key determinants of healthy child and adolescent development. ***Population health*** recognizes that many factors, in addition to the health system itself, exert a strong influence on health. These factors, known as ***determinants of health,*** include income and social status, social support networks, education, living and working conditions, physical environments, biology and genetic endowment, personal health practices and coping skills, healthy child development, health services, gender and culture. A framework based on the determinants of health examines the way in which these factors interact to influence the health of individuals, families, communities and society.

> *"[as] substantial inequalities in health...are associated with social, economic and cultural factors, a framework based on the determinants of health allows consideration of the dynamic interplay of many other factors that common sense alone tells us are important."*
>
> Fraser Mustard, 1991, Canadian Institute of Advanced Research, *The Determinants of Health*

There is a demonstrated link between income level, education and health status. The rich are healthier than the middle class, who are in turn healthier than the poor. As adults, the well educated are healthier than the less educated, and the employed are healthier than the unemployed. Gender is a fundamental influence on health and interacts with all other determinants. Adolescent girls are more vulnerable than adolescent boys to the early onset of smoking.[4] Adolescent boys are more prone than adolescent girls to injury[5] and behavioural problems.[6] The interaction among these determinants in the population health context influences health outcomes for individuals, families, communities and society.

3.2 Intersectoral Collaboration

There has been a renewed emphasis on finding ways to link the various sectors that have an influence on the development of adolescents. "Intersectoral action makes possible the joining of forces, knowledge and the means to understand and solve complex issues whose solutions lie outside the capacity and responsibility of a single sector."[7] There are many opportunities to engage the health, education, social services, recreation, housing, culture and justice sectors in joint strategies to achieve shared goals. Among the significant potential benefits of collaboration are the "enhanced capacity to tackle and resolve complex health and social problems which have eluded individual sectors for

decades; pooling of resources, knowledge and expertise that will allow partners to address problems more effectively; reduced duplication of effort and new ways of working together that will enable partners to contribute to improvements in social cohesion; and increased opportunities for sustainable human development and a more dynamic and vibrant society."[7]

Health initiatives to promote the health and well-being of adolescents must be undertaken in collaboration with education, social services and other sectors. As most youth spend a significant portion of their time in the school environment, the education sector has a particularly important role to play in the healthy development of adolescents and is a key partner in developing strategies for youth and their families. The social services sector is another important partner, particularly in its role to support adolescents who are experiencing difficulties in family life.

Each sector has the responsibility for initiating discussion and providing leadership to engage others in collaborative efforts to better meet the needs of adolescents. Across the nation and in every sector, there have been many activities to restructure government ministries, change how ministries work together and/or refocus publicly funded programs and services. The reorganization of governments provides new opportunities for sectors to work together. Focussing on the determinants of health, the health sector is well positioned to act as a catalyst in the identification of policy, planning, service delivery and research needs related to adolescent health and development.

3.3 Involvement of Youth

A theme emerging from many of the consultations with youth is their desire to influence the decisions that are made for and about them. However, there are often significant gaps between what individuals, families, communities and governments identify as key issues for youth and what youth themselves see as important. There is general agreement from governments and policymakers that, to close this gap, youth need to be involved in identifying both problems and solutions, and in providing input to policy and program decisions related to their health and well-being.

The perspective of adolescents is valuable and needs to be included. There are three key elements that appear to build the capacity of youth and aid them in becoming healthy adults: valuing and respecting youth; supporting youth in developing knowledge and decision-making skills; and creating positive

> *"Young people deserve love and respect for who they are. They are also central to Canada's investment in its future as a caring and productive nation."*
>
> F/P/T Advisory Committee on Population Health, 1999, *Toward a Healthy Future, Second Report on the Health of Canadians*

futures for youth.[8] It is essential that policymakers and service providers provide opportunities for the involvement of, and participation by, youth in decisions and policies that affect them.

4.0 Who Are They?

Although the adolescent period is normally considered to include those between the ages of 13 and 18, there are many "adolescents" whose chronological age places them outside this traditional age range. While they may be as young as 10 or older than 18, these individuals look and act as if they are adolescents.

Adolescence is a time of life characterized by intense growth and development. The bodies of adolescents are rapidly changing, with increases in height of up to 25% and body weight by up to 100%. In addition to their physical and sexual development, adolescents are assuming more responsibility for making decisions and becoming more independent. Relationships with their families and friends take on new dimensions.

This is an important period for the development of self-esteem. Adolescents begin to define themselves in relation to their community, culture and ability to influence the future. They are developing social and civic skills. They are acquiring the capacity to communicate their ideas and feelings effectively. They are refining their ability to resolve conflicts. They are working to make meaningful contributions and shape how their community or school functions, focussing on local social issues or those broad societal issues that will affect their future. They have a passion and an emerging sense of personal power that needs to find a voice.

Adolescents spend a significant portion of their time in school as they strive to acquire an education, developing the academic skills and personal habits that are important to lifelong learning and workforce participation. Adolescents are busy seeking their own identity and are exploring questions like "Who am I?", "How can I change the things I don't agree with?" and "What would I like to be?" In their quest to establish their own identity, adolescents begin to experiment with new behaviours. They are developing personal values and the ability to make healthy choices with respect to sexuality, the use of alcohol, tobacco and other drugs, eating habits, physical activity, and relationships. Parents, teachers and the media/communications influence how youth view taking risks and developing lifestyle habits. Gender and culture are particularly important to the formation of their identity. Adolescence is also marked by an intense need to belong. Peer norms, beliefs and behaviours have a powerful influence on choices and development.

While all adolescents are vulnerable and face a degree of risk, some are at greater risk of poor health outcomes because of the cumulative impact of multiple risk factors.[9] While there are

factors in a youth's environment and background that increase the risk of an adolescent running into difficulty (e.g. poverty, family violence), there are also factors that protect and support the young person to overcome these odds (e.g. effective parenting, positive peer relations). The health sector can make a significant contribution to the health and well-being of Canada's adolescents by enhancing the conditions that foster healthy human development and promote resilience, enabling more vulnerable adolescents to become healthy, successful adults.

A quick snapshot of adolescents in Canada today includes the following facts:

4.1 Population

- In 1998, 4,069,981 youth were between the ages of 10 and 19, representing 13.4% of the population. Of this number, 51% (2,088,886) were boys and 49% (1,981,095) were girls.[10]

- In 1996, there were 157,340 Aboriginal youth between the ages of 10 and 19, which formed about 19.6% of the total Aboriginal population (includes those who self-identified as North American Indian, Métis, Inuit or other).[11]

- According to the 1996 Census, approximately 13% of youth between 10 and 19 were members of a visible minority.[11]

4.2 Family Structure

- In 1996, most youth between the ages of 10 and 19 lived with two parents, who were either married or living common-law. Approximately 77% lived with two parents while 17% lived in lone-parent families.[11]

- About 30% of Aboriginal children 15 or under live in a lone-parent family.[12]

4.3 Where They Live

- In 1996, most youth (approximately 75%) between 10 and 19 years of age lived in urban areas. While 97% of visible minority youth lived in urban centres, only 47% of Aboriginal youth lived in urban areas.[11]

- In most cities, homeless youth account for approximately 10% to 30% of the homeless population and youth homelessness appears to be on the rise.[13]

- In 1996, Aboriginal children living away from their parents numbered more than 1 in 10, roughly 7 times the rate of non-Aboriginal children.[12]

- In 1997, 19.6% of children under the age of 18 lived in poverty.[14]
- Aboriginal youth are 1.9 times more likely than any other Canadian youth to live in a low-income household.[12]
- In 1997, the poverty rate for young women aged 18 to 24 was 26.6%; for young males, it was 20.2%.[14]

4.4 Language

- In 1996, 8.1% of youth aged 15 to 24 lived in families in which neither official language was used in the home.[15]

4.5 Youth With Disabilities

- In 1991, the most recent year in which national data were collected, approximately 166,400 youth between 10 and 14 reported having a disability. About 100,700 of these were males (10.6%) and 65,700 were females (7.3%).[16]

5.0 How Are They Doing?

In order to consider strategies to improve health outcomes for adolescents, it is essential to understand the current situation and discover how things have changed over time. Using the determinants of health approach, the following section identifies important areas of adolescent health and well-being.

5.1 Healthy Child Development

- In 1994–95, the majority of children and youth in Canada were physically, emotionally and socially healthy.[17]
- Ninety percent (90%) of brain growth occurs in the first three years of life, whereas only 15% to 20% of physical growth occurs during those years.[18]
- In 1996–97, 15% of children arrived at school with low cognitive scores and 14% scored high on measures that would indicate a behavioural problem.[3]

5.2 Health Services

- Although health professionals once had a very strong and valuable role within the school environment, the provision of direct public health services to schools has declined significantly.[19]

- For many problems (e.g. feeling depressed, problems with drugs or alcohol, problems with friends or family), youth are least likely to seek help from a professional (e.g. health professional or teachers/school staff).[20]

- Only one in six Canadian children with mental health problems receives mental health services.[21]

5.3 Personal Health Practices and Coping Skills

- Although there was little increase in the rate of smoking among adolescents between 1994 and 1997, girls between 12 and 17 years of age continued to smoke at much higher rates than boys of the same age during this period.

- Adolescents do not use condoms consistently and many report having unplanned intercourse while under the influence of alcohol or other drugs.

- The 1990s saw a resurgence in adolescent multiple drug use.

- The rate of teen pregnancy increased from 41 per 1,000 in 1987 to 47 per 1,000 in 1995.

- Since the early 1990s, there have been significant increases in suicide rates among youth aged 10 to 14.[22]

5.4 Social Environment

- In 1996–97, adolescents and young adults were the most likely age group to report that they had high levels of support.

- Youth rates of volunteering with charitable organizations have risen substantially, from 18% in 1987 to 33% in 1997.

- Although adolescence is characterized by growing independence from parents, the proportion of young adults aged 20 to 24 still living at home increased from 43% in 1981 to nearly 57% by 1996.[23]

5.5 Education

- Adolescents with strong connections to school are least likely to engage in behaviours that increase risks to their health.[20]

- Although most students report feeling safe in school, rates of bullying behaviour increased slightly between 1994 and 1998.[24]

- Although there are currently no national trend data, skipping classes increases with each grade level. In 1998, 20% of females and 22% of males in Grade 10 skipped three or more days of the current term.[24]

5.6 Income

- In 1997, unemployment was the highest among youth between the ages of 15 and 24.[25]

- In 1996, children under the age of 18 were the most likely (21%) to be classified as low-income.[25]

5.7 Physical Environment

- Between 1990 and 1998, there was a reduction in the consumption of nutritious foods and an increase in the consumption of less nutritious foods between Grade 6 and Grade 10.[24]

- In 1995, approximately 1.4 million Canadian children were exposed to environmental tobacco (second-hand) smoke in their homes.

5.8 Biology and Genetic Endowment

- Approximately 37% of adolescent males and 33% of adolescent females between the ages of 12 and 14 report having a chronic health condition (e.g. asthma, attention deficit disorder).[26]

6.0 How Do We Know If They Are Doing Well?

At the end of adolescence, individuals are expected to take on the responsibilities of adult life. Traditionally, the transition to full adulthood has been marked by the young person joining the workforce. Youth making the transition to adulthood today are doing so in a very different environment than their parents as access to full-time, meaningful and well-paying employment has been reduced. Consequently, many young Canadians are living at home longer, marrying later and postponing parenthood.

The transition to adulthood is a complex and uncertain phase for adolescents. Some adolescents, because of adverse conditions, will require additional support to develop the social, emotional and behavioural competencies expected of young adults. Adolescents who are well prepared to enter adult life have the knowledge and skills to achieve the following:[27]

6.1 Manage Their Personal Health and Well-Being

The decisions that individuals make have a significant influence on their lifelong health outcomes. Youth who are well prepared to make healthy choices related to nutrition, exercise, tobacco, alcohol and drug use, and sexuality will have enhanced physical and mental health. Youth who have developed effective coping skills will be able to adapt to life's challenges in a positive way.

6.2 Develop Intimate Relationships and Family Life

Positive relationships with peers, family members and other adults prepare youth for intimacy and family life. Young people who have positive self-esteem, good decision-making skills, autonomy and a sense of emotional commitment are more likely to be successful in their intimate relationships.

6.3 Participate in the Workforce

Youth who have achieved their educational potential and have acquired the necessary skills, experience and work habits are better able to participate effectively in the workforce. Given the dynamic economy, youth must be prepared to commit to lifelong learning, develop entrepreneurial skill and continually adapt to the opportunities and expectations of the workforce.

6.4 Participate in Community Life

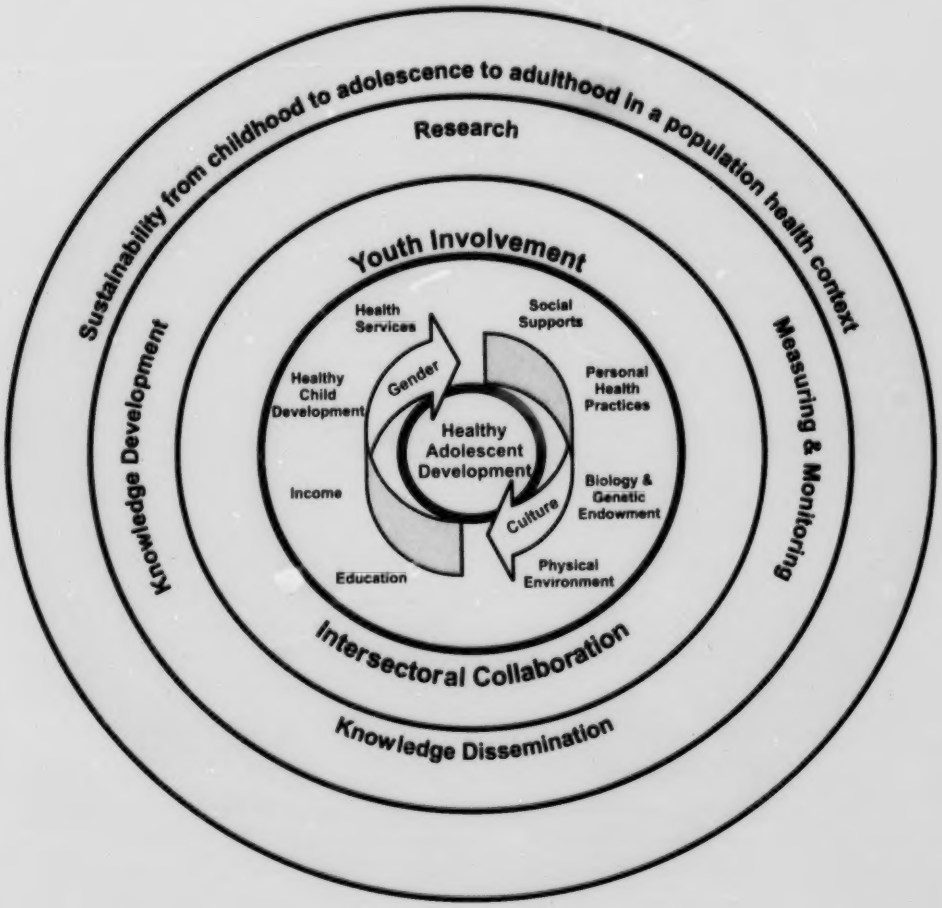
Participation in social networks acts as a buffer to health problems and creates a sense of well-being. Involvement in leadership and community service activities provides youth with the opportunity to develop the skills and attitudes needed to effectively contribute to their community. Such involvement can lead to healthier individuals and communities.

7.0 Factors That Influence Adolescent Development and Health Outcomes

Various determinants of health are particularly influential for healthy adolescent development, including the health system; social support networks (families, peers, community); the education system; personal health practices and coping skills; the socio-economic environment; the physical environment; and biology and genetic endowment. Other factors, such as gender and culture, are powerful determinants of health which operate across all environments.

The following framework illustrates the dynamic interplay of these determinants that influence health. Collaborative efforts across sectors and involving youth in decisions that affect their health and well-being must be undertaken in order to realize good health outcomes for adolescents. Mechanisms providing a solid evidence base on which to better understand and act on the interplay of these determinants is a critical component that supports the sustainability of health throughout the lifespan.

Framework for Healthy Adolescent Development



7.1 Healthy Child Development

The importance of healthy child and youth development to good health later in life is well documented. In particular, prenatal and early childhood experiences have powerful and long-lasting effects on health. Good nurturing, good nutrition and good health early in life create a foundation for positive brain development.

Healthy child development is largely influenced by and influences other determinants of health. Children who live in low-income families, in poor housing, or are exposed to tobacco and/or alcohol in utero are at increased risk for developing poor health outcomes. Children are more likely to have positive health outcomes as adults if they are exposed to healthy nurturing early on (e.g. parents reading to their child), are securely attached and are ready to learn once they begin school.[28]

7.1.1 Early Child Development

The period of development up to six years of age is critical to future health and development. Brain development that takes place in the first three years of life is rapid and extensive. Ninety percent of brain growth occurs in the first three years of life, whereas only 15% to 20% of physical growth occurs during those years.[18] Trillions of synapses are developed in response to stimuli that a baby's brain receives through its environment. Thus, having the right balance of inputs to the brain is key during the infancy stage of life.[29]

Although negative experiences in the early years have long-lasting effects that can be difficult to overcome later in life, good nutrition and nurturing support optimal early brain and physical development as well as later learning and behaviour. There is mounting evidence that quality, early child development programs that involve parents benefit both children and their families.[28]

In September 1999, F/P/T Ministers of Health released the paper *Investing in Early Child Development: The Health Sector Contribution*.[2] The paper recaps some of the current understandings about early child development, reviews the contributions of the health sector to the generally good health of Canadian children, and outlines areas in which the health sector can take the lead or make a significant contribution to healthy developmental outcomes for young children. A significant component of the discussion is the description of an integrated system of community-based services and supports for young children and their parents. Other important areas for investment include access to quality health care and public health services, parenting education, skills development and support, injury prevention and environmental health, as well as research, measuring and monitoring.

To ensure that children are well prepared for the transition into adolescence, it is essential that young children and their families have the supports and services needed to lay this critical foundation for health across the lifespan.

Opportunities for Action:

- Continue to actively participate in the National Children's Agenda process
- Strengthen intergovernmental and intersectoral approaches to early child development as per the recommended actions outlined in *Investing in Early Child Development: The Health Sector Contribution*

7.2 Health Services

Health services are an important contributor to population health, particularly those which maintain and promote health and prevent disease and injury. Services that educate adolescents about health risks (e.g. teen pregnancy, sexually transmitted infections [STIs], smoking) and healthy choices (e.g. wearing seatbelts and bicycle helmets) and that encourage youth to adopt lifelong healthy living practices (e.g. nutrition, exercise) make a vital contribution to adolescent health and to continued health across the lifespan.

A strong, universal health care system is essential to good health outcomes. Action is needed in three priority areas to improve experiences for adolescents when accessing health care and public health services. These include accessibility and availability of services, confidentiality, and services that are youth-focussed and youth-friendly.

7.2.1 Accessibility and Availability of Services

At times, adolescents encounter difficulty when trying to access services they need. As one example, the rate of some mental illnesses is high among adolescents (e.g. depression, anxiety, eating disorders), and yet the number of adolescents receiving treatment and services is often very low. Youth cite harassment, fear, stigmatization and peer pressure as reasons for low rates of mental health service utilization. Some adolescents are turned away from programs because they are considered too young and/or do not meet the criteria for entering a particular program (e.g. in-patient alcohol/drug treatment programs). Language and cultural barriers also make accessibility difficult for some youth. For those living in rural, remote or on-reserve communities, many programs and services for youth simply do not exist.

Opportunities for Action:

- In partnership with youth and other sectors, develop alternative health care models that eliminate barriers to services and are focussed on adolescent

needs (e.g. youth-oriented services provided through adolescent clinics, outreach services, school-based services, services in malls)

- Improve access to and availability of services for adolescents in rural and remote areas, as well as in Aboriginal communities both on and off reserve

- Examine ways to improve access to non-insured health services (prescription drugs, dental care, contraceptives, optical care)

7.2.2 Confidentiality

Confidentiality is a very important concern for youth. During adolescence, young people begin to assume more independence. Part of this process involves exerting more control over decisions related to their health, including when, where and how they access health information, programs and services. When making contact with the health care system, youth are not always guaranteed confidentiality. Provincial and territorial regulations, legislation and practice guidelines may cause some adolescents to be refused access to a service unless they have the explicit permission of a parent or guardian.

Opportunities for Action:

- Improve confidentiality for youth within the health care system by using new technologies that promote self-access (e.g. health information and services accessed through non-traditional venues like malls, the Internet, tele-health, recreation centres, drop-in centres, schools)

- Remove legislative, regulatory and practice barriers that restrict access to health services and supports because of age and/or issues of consent

7.2.3 Services That Are Youth-Focussed and Youth-Friendly

When asked who they would go to about problems such as depression and drugs or alcohol, professionals (e.g. health professionals or teachers/school staff) are rated last, behind peers and parents. However, when needing birth control, professionals rank at the top.[20] Although the reasons for adolescents' decisions relating to seeking help are complex, their reluctance to seek out health professionals may be associated with their inaccessibility (e.g. outside normal school hours) or because many health professionals are uncomfortable working with adolescents and/or have inadequate formal training on adolescent development. A health system that is sensitive to youth and responds

appropriately to their health needs (e.g. sexuality, reproductive health, mental health) is vital.

Advances in medical treatment, technology and support services mean that many more youth with disabilities are living with their families and attending school in their community. Promoting the healthy development of these youth and supporting them in taking responsibility for their own health presents unique challenges.

It is important that culturally appropriate approaches be implemented to address health issues facing youth. For example, the traditional infrastructure that would have supported Aboriginal youth has been eroded. The role of the extended family and traditions of mentoring by older males and females in the community also have been significantly reduced. Culturally appropriate services need to be developed in coordination with these groups to ensure that services are relevant to youth.

Very few health and social service programs have been set up specifically to reach out to marginalized youth. Service delivery to marginalized youth is particularly important because of the high risks and often negative long-term health outcomes they experience. Additional effort is required to reach this population to reduce the likelihood of difficulties across the lifespan.

Services need to be adaptable to enable adolescents to obtain information, support and services that are appropriate to their stage of development and learning style. This is particularly true for new immigrant and refugee youth who are adapting to a new country and culture at the same time as they take on the developmental tasks of adolescence.

Opportunities for Action:

- Involve youth, particularly marginalized youth, in identifying health issues relevant to them and strategies to ensure services that are accessible and youth-focussed
- Develop and implement comprehensive adolescent health policies incorporating gender and ethnocultural perspectives
- Support the creation of inter-agency, multisectoral committees at the community level to focus exclusively on the health and behavioural challenges of adolescents, with special emphasis on efforts to change

attitudes about especially stigmatized groups (e.g. those experiencing racism, persons with disabilities, victims of violence, gay/lesbian/bisexual youth), to reach out to high-risk adolescents and to ensure confidentiality

- Incorporate adolescent health and development as a separate educational component for health professionals who are in training and in continuing education curriculum

7.3 Personal Health Practices and Coping Skills

An individual's health is influenced by a broad range of personal health practices. During adolescence, young people begin to make important decisions related to their personal values, lifestyles, alcohol, tobacco and other drugs, sexuality and other behaviours.

Health promotion and prevention strategies in these areas are critical to ensure that adolescents make informed decisions about their health, reduce harm and prevent costly problems from occurring. When adolescents do experience difficulties, services must be in place to meet their specific needs in a timely manner.

Adolescents use varied strategies to understand and manage the challenges they face. It is normal for youth to experiment with a number of behaviours. In doing so, they need to be equipped with accurate information so that they can learn skills that will enable them to develop their personal identity and deal effectively with the demands and challenges of everyday life. When parents, peers, schools and communities work together to ensure that healthy choices are the easy choices, youth are more able to practise smart risk taking and act in ways that enhance their health and well-being. They must also have appropriate information about their own development in order to recognize typical behaviour, as well as behaviour that is outside normal boundaries. Finally, resources and services must be accessible and available to them. By informing and supporting adolescents, they are able to try out new behaviours in a healthy and appropriate way.

Opportunities for Action:

- In collaboration with other sectors, implement strategies that make the healthy choices the easy choices

- Involve youth in the development of information campaigns and prevention programs

- In collaboration with other sectors, develop and implement harm reduction strategies that address youth risk-taking behaviours

7.3.1 Alcohol, Tobacco and Drug Use

By Grade 10, more than 90% of adolescents have tried alcohol.[24] In 1998, 43% of adolescent males and 42% of adolescent females reported being "really drunk" on two or more occasions. Excessive alcohol consumption that begins early in life has been associated with health problems such as chronic liver disease and cirrhosis, traffic injuries and death. In 1996–97, adolescents 18 to 19 years of age were most likely to drive after drinking too much.[25] Motor vehicle crashes are a leading cause of death among adolescents in Canada.

Smoking rates have increased substantially among adolescents, particularly girls, in the last 10 years. Adolescent girls are now more likely than adolescent boys to smoke. Many young women report that they smoke to alleviate stress.[4] Adolescents living in low-income situations have higher smoking rates than those in higher income brackets.[30] The age of onset for tobacco use is substantially younger among Aboriginal children in some communities.[31]

The 1990s have seen a resurgence in multiple drug use by adolescents. Experimentation with illicit drugs such as hallucinogens, stimulants, barbiturates, cannabis and Ecstasy is highest among youth, and the use of cannabis is increasing dramatically.[32] Gasoline, glue and other inhalants continue to be used by some youth. Experimentation with over-the-counter and prescription drugs is also seen in some adolescents.

Of particular concern is the substantially younger age of onset for the use of tobacco, alcohol and other substances (e.g. solvents, cannabis) within Aboriginal populations and the early age at which Aboriginal children and youth are entering treatment facilities. The highest rates of substance use are among low-income and homeless youth.[33]

Opportunities for Action:

- Develop broad and innovative programs for screening, risk assessment and treatment
- Further the implementation of the National Strategy to Reduce Tobacco Use in Canada, with particular emphasis on improved access to, and implementation of, smoking prevention and cessation programs
- Develop services and improve access to age-appropriate and culturally sensitive drug, alcohol and substance abuse programs (e.g. in rural

communities, for younger adolescents, low-income and homeless youth, Aboriginal youth)

- Examine the effectiveness of existing regulations on the advertising and sale of tobacco and alcohol to under-age youth

7.3.2 Nutrition

Eating nutritious foods and well-balanced meals can significantly improve health outcomes for youth. In 1998, while more than 75% of youth in Grade 6 reported that they ate fruit and vegetables daily, this declined to 70% by Grade 10.[24] The same study found that between 1990 and 1998, there was a slight reduction in the consumption of nutritious foods and an increased consumption of less nutritious foods (e.g. french fries, hamburgers, hot dogs, potato chips, full-fat milk) between Grade 6 and Grade 10. Some population groups experience difficulty in having sufficient, healthy food. Low-income households are the most likely to report running out of food, using a food bank and not always having enough food to eat. Some Aboriginal and Inuit communities experience serious problems with food shortages. In 1998, more than 250,000 children and youth under the age of 18 relied on food from food banks.

Opportunities for Action:

- Work with the education sector to enhance curriculum related to nutrition and active living

- Work with other sectors to enhance food security for youth living in low-income situations

7.3.3 Mental Health and Coping Skills

The adolescent period brings about a variety of changes and challenges that have an impact on the mental, emotional and spiritual health and development of youth. The changes, both internal (involved in the developmental process itself) and external (social, economic, cultural), combine to create undue stress and pressures on youth. Recent research presents a troubling picture of the psycho-social well-being of Canada's youth. The proportion of youth who felt "very happy" with their life declined sharply between Grade 6 (52%) and Grade 10 (30%). By Grade 10, over one third of girls and one fifth of boys indicated that they felt depressed at least weekly.[24]

In 1994, research demonstrated that 25% of youth between the ages of 15 and 24 met the criteria for a mental health problem.[34] Data also indicate that the adolescent period is critical for the emergence of mental health disorders. Young Canadians are most likely to report high levels of stress and distress and exhibit signs of depression.[22] Almost 22% of the Canadian population aged 12 or older is either depressed, distressed, or both.[22] Although rates are not available specific to youth, only one in six Canadian children with mental health problems is reached by mental health services.[21]

Suicide is the second leading cause of death among Canadian youth aged 10 to 24. The high levels of suicide and suicide attempts among young Canadians clearly demonstrate that much more can be done to enhance personal resourcefulness and to create supportive environments for youth. The disproportionately high levels of suicide among Aboriginal youth reflect a need for culturally appropriate and multi-layered interventions.

Youth engage in varied coping strategies focussed on problems (e.g. seeking support, problem solving) and on emotions (e.g. escape-avoidance, accepting responsibility). The strategies that youth use influence the support that they receive and moderate the impact of stresses on their health and health behaviours. Long-term studies on resilience demonstrate that despite challenges and vulnerabilities experienced by youth, they possess the resources and abilities to face these life challenges with success if provided with a supportive and flexible environment.[35] The protective factors and processes that foster resilience in children continue to be effective in supporting adolescents. These findings have important implications for interventions for youth as they strongly suggest that approaches that foster resilience should not be intermittent, but need to be available throughout all stages of development.

Opportunities for Action:

- Develop a mental health service delivery model and infrastructure that is multidisciplinary and can facilitate mental health promotion and processes for early identification, assessment and treatment for adolescents

- Increase access to youth-oriented mental health services (e.g. crisis intervention, counselling, peer support programs)

- Increase access to successful mental health promotion programs that support and educate youth in areas such as self-help and self-responsibility, coping skills, self-esteem, how to foster, maintain and

improve mental health, and when and how to seek assistance for identified problems such as depression and anxiety

- Develop mentoring, peer counselling and intervention initiatives in communities experiencing high rates of suicide

- Promote the use of healthy images of youth related to gender, body image and youth empowerment

7.3.4 Supporting Safe and Healthy Sexual Practices

Sexuality is a natural and healthy part of life and becoming a sexually healthy adult is an important developmental task of adolescence.[36,37] It is therefore not surprising that one of the most significant changes for many young people is an increasing awareness of sex and sexuality, and the beginning of sexual behaviour and sexual relationships. Although parents are the primary educators of their adolescent's regarding healthy sexual development, the health and education sectors also play important roles in this regard.

Sexuality education competes with several other issues for attention within schools and working in schools has been a decreasing priority for public health systems. Adolescents have expressed frustration with the narrow scope of the sexuality education they currently receive.[19] Many have expressed a need for a broader approach, including topics such as sexual orientation, date rape, negotiation with sexual partners and sex behaviours.[19]

Youth in many communities express concerns about access to condoms and the lack of privacy and confidentiality. These may be contributing factors to the reality that adolescents do not use condoms consistently and many report having unplanned intercourse while under the influence of alcohol or other drugs. Adolescents continue to be at high risk for HIV, STIs and unintended pregnancy.[19] Reported rates of chlamydia in adolescent girls are 5.7 times the national rate for all women.[38]

In 1995, there were 38,502 teenage pregnancies (47 per 1,000) and 23,657 live births. The rate of pregnancy for Aboriginal girls under the age of 15 is approximately 18 times higher than in the general Canadian population.[39] Pregnancy prevention programs that are congruent with the cultural belief systems of specific populations need to be accessible and available to youth.

Opportunities for Action:

- Develop sex education programs that are culturally appropriate for youth, in collaboration with parents and the communities in which they live
- Provide sexual health services and supports to marginalized youth who are unable or unwilling to access mainstream services
- Provide sensitive and confidential sexual and reproductive health care services that are affordable and available to adolescents (e.g. contraceptives, planned parenting services, prenatal counselling)

7.3.5 Unintentional Injuries

Unintentional injuries are still the leading cause of death among children and youth, as well as a tragic and costly cause of disabling conditions among young Canadians.[40] Boys and young men experience more unintentional injuries and more severe injuries than girls and young women.[5] Adolescents are much more likely than other children to die from injuries due to motor vehicle crashes, which account for nearly half of the injury deaths in this age group.[41] The rate of unintentional injuries for Aboriginal youth is 3 times higher than the national rate.[42] Aboriginal young people are at higher risk for early deaths from drowning and other causes.

Opportunities for Action:

- Enhance intersectoral collaboration to identify priorities and develop strategies for injury prevention, expand existing successful injury prevention programs, and involve youth in the development of comprehensive injury prevention programs
- Increase the understanding of gender and age differences in risk-taking behaviour and develop strategies that respond to these differences

7.4 Social Environment

The social environment of individuals has a significant impact on their health and well-being. These include families, peer groups, communities and the media. Social support is a resource for coping, and influences health, health behaviour and use of health services.[43,44] While supportive social environments have been found to be associated with positive health outcomes, those which are compromised (e.g. by violence) produce the

opposite effect. Premature death rates,[45] depression, complications in pregnancy, and disability from chronic diseases are among some of the negative health outcomes that have been noted.[46]

The quality of an individual's social environment can be greatly influenced by other determinants. For example, low-income families are more likely than high-income families to experience chronic stress, parental depression and poor family functioning.[47] People living in poverty are more isolated and report smaller social networks and less social support.[48] Adolescents who are depressed tend to withdraw from their friends.[24]

7.4.1 Families

Being the parent of an adolescent is a challenge and a great responsibility. Extensive research demonstrates that a close, secure relationship between youth and their parents fosters healthy development in adolescence. Adolescents who live in supportive families and have good relations with their parents experience fewer mental health problems, are rated by their peers as less anxious and less hostile, have more positive attitudes about safe sex, and girls have lower rates of risky sexual behaviour and fewer pregnancies.[49] Parenting style has been linked to healthy developmental outcomes for youth. Warm, supportive parents who set appropriate, clear rules and expectations, and engage their adolescents in relevant decisions, promote positive growth and development.[49,50] Parents who encourage good study habits, value school, and who work closely with teachers to promote acceptable behaviour and satisfactory work, contribute to achievement and increased length of time in school.[51,52]

> *"Give me an opportunity to voice my opinions in making family decisions (because usually my ideas are ignored or not considered seriously)."*
>
> Denise, age 14

Most adolescents report having healthy relationships with their parents. Studies have found that at this stage contact between parents and their adolescent children begins to decrease.[49] While adolescents typically spend greater periods of time with their peers, the importance of maintaining positive parent–adolescent relationships is essential to the adolescent's emotional and psychological well-being.[49] Although spending time with youth may be a challenge for some parents, the majority find different ways to do so (e.g. family outings, having a discussion, watching television or playing sports together).[53]

Many parents are challenged by the growing independence and autonomy of their adolescents. Even though youth want and need guidance and support from parents, conflicts can emerge around issues of trust and behavioural expectations.[24]

> *"Accept the fact that I am growing up and I need to explore the world with and without you. Put some of your fears behind you and let me take chances that are healthy for me. I can't always be right by your side and under your wing. I need to learn how to be a good leader to myself."*
>
> Trisha, age 16

Parent–child relations can be compromised in times of extreme stress, such as during a family break-up (e.g. parental separation, divorce, death of a parent). Almost one in five adolescents (17%) between the ages of 10 and 19 lived in a lone-parent family in 1996. Adolescents who live in lone-parent families have lower self-esteem and depression and are more likely to engage in risk-taking behaviours such as smoking and drug use.[54] A significant portion of adolescents in two-parent families are living in blended families. In some circumstances, in both affluent and economically disadvantaged families, parents or other adults are unable or unwilling to meet the needs of their adolescent which can result in temporary or permanent removal of the youth from the home. Although Aboriginal youth are disproportionately represented in the foster care system, many Aboriginal communities and families are working hard to recapture and strengthen their cultural identity. While foster care can have adverse consequences on youths' well-being, the presence of a significant adult in a youth's life can promote resilience. With support and resources, even vulnerable or at-risk adolescents can do well in spite of adverse conditions.

Adolescent pregnancy presents significant challenges for young parents and their children. Many negative outcomes have been linked with adolescent pregnancy, including low educational achievement, poverty and poorer social outcomes.

Although pregnancy rates among adolescents have remained relatively stable in recent years, the 1995 rate of 47 per 1,000 is cause for concern. Strategies identified as effective in reducing unplanned and unwanted pregnancies include the combination of high-quality sexual health education programs, access to contraception and confidential clinical services.

Opportunities for Action:

- Develop resources for parents that focus on the adolescent period and family-based strategies that positively influence healthy adolescent development
- Improve the accessibility and availability of parent support groups where families can share information, resources and experiences about their developing adolescents
- Provide youth with information on alternate choices to parenthood (e.g. adoption) and provide services to support them in the choice they make

7.4.2 Family Violence

The exposure of youth to various forms of violent and abusive behaviour has significant and lifelong health and behavioural impacts. Injuries that can result include fractures, head injuries, bruises, burns, STIs, pregnancy, and a broad range of other difficulties including depression, intellectual impairment, anxiety and substance abuse.

It has been estimated that approximately 50% of Canadian families are affected by some kind of abuse among their members.[55] Adolescents who have grown up in violent homes – in which they were exposed to physical, emotional and/or sexual abuse by one parent against the other and/or in which they themselves have been the victims – may not escape these patterns. Adolescents often attempt to intervene to protect their mothers from abuse, which may lead to escalated attacks on themselves. During this period, adolescents may also become abusive not only toward their already victimized parent but toward others.

With growing physical independence, adolescents often absent themselves from the home for longer periods in order to escape such situations, thereby making them more vulnerable to negative influences from peer groups, gangs and those who prey on impressionable youth for the purpose of sexual exploitation. Street youth have particularly high rates of a history of abuse.[56]

Opportunities for Action:

- More actively engage the health sector in strategies that respond to the impact of family violence

- In collaboration with the education sector, promote anti-violence, school-based educational programs (e.g. anger management, conflict resolution) and public awareness campaigns to counteract media messages that violence is appropriate in some situations

- In collaboration with the social services, education and justice sectors, ensure that services are available to youth experiencing family violence

7.4.3 Peers

As youth strive toward independence and personal autonomy, they tend to decrease time spent with family members and increase contacts with peers of a similar age. Through interactions with their peer group, adolescents develop, test and refine life skills such as problem solving, communication and coping with pressure and stress. Adolescents who have supportive and responsible friends are more likely to be confident, to feel good about school, to get along with their parents and to feel healthy.[24] Peer support is particularly important during adolescence.[57] Support from peers has been linked to enhanced social competence.[58] Adolescents involved in formal mentoring programs are less likely to use alcohol and to skip classes.[59]

Experimentation is a normal part of adolescent development. The peer group is the most decisive predictor of risk behaviour in adolescence, as it is the primary environment in which experimentation takes place.[24] While involvement with a peer group can improve communication skills, it can also increase health-risk behaviours.[60] Consequently, youth need to be educated and equipped with the knowledge required to make healthy choices.

Gangs are most attractive to youth who lack social competence, are vulnerable (e.g. youth experiencing abuse) and/or who are homeless. The gang often meets the youth's need to belong and provides them with a sense of community. Gang membership often requires youth to engage in excessive and multi-risk–taking behaviour such as substance abuse, criminal and violent activities. Participation in youth gangs can have devastating effects on health outcomes. It is critical that adolescents who are particularly vulnerable and may be susceptible to gang influences are provided with alternative forms of support.

Parents play a significant role in reducing the likelihood of their adolescents' involvement in antisocial and delinquent activities. For example, research has

found that consistent parental supervision and parental initiative in teaching responsible decision making reduce the likelihood of engagement in antisocial and criminal activities associated with gang membership.[49]

Opportunities for Action:

- Increase parental knowledge and awareness of the important influence they have in their adolescents' interactions with peer groups and subsequent health outcomes

- Promote school and community-based programs that involve peer mentors and peer support groups, particularly for vulnerable youth

7.4.4 Youth Homelessness

Although there are currently no national data on the homeless population, it is estimated that between 10% and 30% of the homeless population are youth and that there has been an increase is the number of homeless youth in recent years. Homelessness presents obvious risks to good health. Almost 50% of street youth in Vancouver report fair or poor health.[61] Street life often results in poor hygiene, inadequate diet, irregular sleeping patterns, exposure to the elements, and STIs. Symptoms are often untreated due to the reluctance to visit a health care professional.[61] Street youth also tend to have higher rates of learning disabilities and attention deficit disorders.[62] Violent behaviour, involvement in the sex trade, and substance use are also common behaviours that pose serious health risks to homeless youth.

Homeless youth are often transient and this increases the likelihood of living in unsafe environments such as rooming houses or abandoned buildings. Furthermore, transiency makes attending school on a regular basis extremely difficult, if not impossible. Transiency, negative experiences with services (e.g. foster care) and a lack of youth-friendly services often contribute to alienating homeless youth from the services that they need. Outreach services are needed to engage these youth. Homeless youth in Canada report that finding support is their biggest challenge.[63]

Opportunities for Action:

- In collaboration with other sectors, develop and expand outreach and storefront services for vulnerable youth

- Develop intersectoral response teams to quickly engage and support high-risk youth who are seeking help to change their lives

7.4.5 Communities

The quality of community environments has an impact on adolescent development. Communities that promote civic vitality provide an environment in which adolescents can grow and refine skills, and support opportunities and initiatives which include youth in decisions that affect them. These communities also advocate for youth through organizations, committees and advocacy groups.[64] As of 1998, 21 of 22 Canadian cities had Youth Advisory Committees in place or provided forums and ad hoc committees encouraging youth to express their views.[64] These initiatives can reduce feelings of alienation often expressed by youth who are excluded from the decision-making process.

A positive by-product of youth participation is an increase in the proportion of youth who volunteer, up from 18% to 33% between 1987 and 1997. Community service and volunteer work provide opportunities for youth to develop meaningful roles within their communities to use their current knowledge, and to gain practical experience in preparing for their entry into the workforce. These opportunities promote positive, supportive attachments with peers and adults outside of their immediate families. One strong predictor of resilience in youth who succeed despite adverse circumstances is a supportive adult in their life.[35]

***Opportunities for Action*:**

- Establish mechanisms for youth to assess needs and inform their community about issues, expectations, opportunities and solutions

- Provide enhanced opportunities for youth participation in developing policies and programs

- Evaluate the effectiveness of various mechanisms for youth participation (e.g. advisory committees) in the ability of youth to influence the policy process

7.4.6 Media and Communications

The media and the Internet can be important sources of information about a broad range of issues that affect the health of adolescents. Educational programming, interactive Web sites, and the exchange of e-mail are vehicles that can assist youth

in obtaining health information and support. Information about issues that affect health (e.g. smoking, alcohol/drug use) can be obtained through public awareness campaigns, media messages and educational programming on television. Interactive Web sites can be accessed on a wide variety of topics such as interpersonal relationships, sexuality and body piercing. Chat rooms and e-mail are also accessible vehicles of support for youth with chronic conditions or disabilities and for youth isolated in rural areas.[65] Support provided through Internet resources has also enhanced health-related outcomes for adolescent mothers in low-income situations.[66]

However, the media and the Internet can also pose considerable harm to youth. Television programs often glamorize violence and promote unrealistic body shapes, smoking, drinking and other unhealthy behaviours. The Internet is also becoming a vehicle for sexual predators to entice youth into dangerous situations.

Parents, educators and professionals need to be aware of these influences and their potential to influence a young person's behaviours and lifestyle choices. Youth must be aware of the benefits and risks that they face from media messages and use of the Internet.

Opportunities for Action:

- Make health information that youth need (e.g. healthy nutrition, sexual health) readily available on the Internet

- Support the development of media awareness curriculum to educate youth about the potential health benefits and risks posed by the media and the Internet

7.5 Education

Education significantly influences health outcomes across the lifespan. Research has often found that health status improves with one's level of education.[67] Individuals with higher levels of education are more likely to engage in healthy behaviours (e.g. practise methods of avoiding STIs, exercise regularly, use safety equipment), know the risks for heart disease and are more likely to rate their health as "excellent."

Level of education and its influence on health is also closely linked to a number of other determinants. Higher levels of education are associated with increased labour force participation and higher income. Studies have linked improved health status (e.g. life expectancy, fewer diseases, reduced infant mortality) with higher levels of income.[68,69]

The level of education attained by a parent has been linked to their child's school readiness[17] as well as mathematical achievement and verbal ability in school.[70]

7.5.1 The School Environment

The school environment is an important setting where youth practise intellectual, emotional and social competencies and continue to develop important skills needed for adult life. Interactions with peers and teachers provide opportunities to develop and refine an adolescent's sense of identity and direction, ability to reason and use abstract thought, and to develop critical thinking, problem-solving and communication skills. Participation in extra curricular activities, such as recreation, volunteering and mentoring, also provide opportunities to practise citizenship, partnership and leadership roles and to assume more responsibilities. A positive and enriching school environment can help to strengthen these competencies and skills.

In contrast, a school environment that is perceived as unsatisfactory or unsafe can contribute to adjustment difficulties and disengagement from school (e.g. skipping classes, dropping out). Adolescents who drop out of high school before graduation are more likely to come from low-income families or communities where the completion of high school is not considered very important. Adolescents who do not complete high school face an increased likelihood of poor health, delinquency, crime, substance abuse, economic dependency and a lower quality of life.[51] Skipping classes has been associated with a number of health-risk behaviours including drug use, smoking and having been drunk.[24] Males, Aboriginal youth, low-income youth and those with learning disabilities are more likely than others to drop out of school.[51] Bullying, harassment, threats and assault are of growing concern for many adolescents and contribute to the high numbers of adolescents who feel unsafe at school.[20,24,71] In addition, as adolescents progress through school, the level of satisfaction with the school setting continues to decrease, with girls consistently indicating higher levels of satisfaction than boys at all grade levels.[24]

Opportunities for Action:

- Work with the education sector to develop comprehensive school health programs which support healthy adolescent development in a safe environment

- Work with the education sector to develop and implement strategies within the school setting to respond to youth at risk for dropping out or poor academic achievement, to respond to traumatic events and to create a positive school environment

7.5.2 Health-Related Curriculum

Life skills management and physical education are the main forum within the school setting where adolescents learn about their development, general health and healthy behaviours, and are able to engage in a regular routine of physical activity.

Most schools provide a basic level of education about physical and sexual development as well as information and discussions on specific topics affecting adolescent health (e.g. tobacco/alcohol/drug use, sexuality, nutrition, hygiene, exercise). Although knowledge about health and healthy behaviours among the adolescent population is generally high, many youth continue to engage in a number of risky behaviours which suggests that current education strategies may not be as effective as they could be. Continual learning throughout the adolescent period about health and health practices can assist adolescents in making informed decisions about their behaviour.

Regular physical activity offered through physical education classes or throughout the curriculum directly benefits the health of adolescents as it is associated with better overall health and higher levels of academic achievement.[72] However, only about 40% of Canadian children and youth are physically active enough to meet recommended levels for healthy development.[72] The high costs of participating in sports and recreation activities (e.g. cost of travel and equipment, user fees) also create additional barriers for many families.[73]

After Grade 9 or 10, physical education classes are often offered as electives, not as part of the core curriculum. This may contribute to the low levels of physical activity of many adolescents and high numbers of youth who engage in risky behaviours.

Opportunities for Action:

- Advocate that physical education become part of the core curriculum throughout high school

- Improve the availability and quality of health and life skills curriculum provided to adolescents in school

7.5.3 Health Professionals Within the Education System

Health professionals, such as public health nurses, psychologists, speech pathologists, audiologists and counsellors, provide a broad range of health services within the education system. Health professionals conduct screening and risk assessments, provide support, counselling and guidance, and have, in the past, played active roles in educating adolescents about a broad range of health issues (e.g. sexuality, reproduction, nutrition).

However, access to health services within the school setting has been seriously eroded in recent years, with interventions focussing on the provision of tertiary, rather than primary prevention services. For example, public health nurses, psychologists, speech pathologists and counsellors are often accessible only to those already exhibiting problems. These professionals are also difficult to access, given that there is often only one health professional assigned to several schools, leading to substantial waiting lists. Adolescents who do not have access to these services when needed are at a disadvantage.

Opportunities for Action:

- Enhance access to health professionals and health services within the education system (e.g. provide primary prevention service, outreach services for vulnerable youth, a more active role in health education)

- Support collaboration between health and education professionals to promote school-based peer support programs

7.6 Income

By the adult years, research shows a direct correlation between level of income and health status, with people at each level of income having better outcomes than the preceding level.[74] Socio-economic status and the income gradient (i.e. gap between the rich and the poor) are also significant factors in predicting population health outcomes. The larger the gap, the more likely it is that the resulting inequity creates significant social problems, especially for youth.

In 1997, 19.6% of children under the age of 18 lived in poverty.[14] Those youth who have grown up in poverty have experienced poverty's multiplier effect on other risk factors.

The family's income level is related to the parents' educational level, which is a predictor for the children's readiness to learn at school entry, which is a predictor for the level of academic and behavioural adaptation, which is a predictor for success in school, graduation and employment.

7.6.1 Access to Adequate Income and Inequality

For those youth who grow up in low-income families and in families living in poverty, access to the basic necessities such as medication, school supplies and fees, transportation and recreational activities is difficult. For Aboriginal children and youth, for those youth who have moved to life on the street and for adolescent parents, the struggle to maintain adequate housing and nutrition while continuing in school is particularly challenging.

Many adolescent parents live in poverty and raise their children in poverty. The cycle of risk factors associated with poverty often persists for the next generation. Low birth weight and infant mortality are more prevalent in families and neighbourhoods at the low end of the income scale. Youth living at a low-income level are at higher risk for complications during pregnancy and giving birth. Their age-based risk factor is further exacerbated by inadequate access to prenatal support, nutrition, and education on the negative impacts of smoking and drinking.

Youth often feel out of place in a school setting where the right clothes, school supplies, access to "disposable income" and participation in extracurricular activities are an important contributing factor to fitting in with the peer group. Many students work part time and as a result have less time to concentrate on school work. For those students who work either to support their family or to provide clothes for themselves and to cover school fees for extra activities, work is a necessity.

Research has demonstrated that the risk factor of poverty can be ameliorated by the protective factor of good parenting. Supportive and engaged families, neighbourhoods, schools and peers also provide youth with "social capital" which is known to enhance positive health and socio-economic outcomes.[75]

Opportunities for Action:

- Provide non-insured health benefits for youth living in low-income families and for youth who are living on their own or "on the street" (e.g. prescription drugs, optical care, contraceptives, dental care)

- Provide education and support youth to delay pregnancy until after they have completed high school

- Provide prenatal nutrition and vitamin supplements for pregnant adolescents and provide support to adolescent mothers to stop smoking and drinking

- Provide comprehensive outreach services to adolescent parents, including information and resources to facilitate healthy child development, and support to complete their high school education and build a sustainable system for the new family

7.7 Physical Environment

The physical environment encompasses both the natural and the human built environment. The quality of air, water and food, the condition (construction and maintenance) of the housing and schools in which people live and learn, the quality of consumer products and the environment in which individuals work and recreate all influence an individual's health.

Other determinants of health interact with the physical environment and contribute to health. A neighbourhood where individuals feel safe and that has ample green space can encourage a regular routine of physical activity, which in turn is associated with reduced risks for chronic diseases and a myriad of other health-related benefits.[76] Substandard equipment in playgrounds is associated with unintentional injuries. Low-income families are the most likely to live in substandard housing.

7.7.1 Housing

Most youth in Canada live in safe and affordable housing. However, increasing numbers of youth find themselves living in substandard housing. A lack of affordable housing increases the likelihood of families living in substandard housing where exposure to lead paints, damp walls and ceilings, crumbling foundations, corroded pipes or inadequate heating and ventilation is high.[77] Substandard housing also increases the risk of exposure to a variety of indoor air quality hazards, including mould or the presence of toxic substances such as asbestos.[78]

The communities in which substandard housing are located can also pose health risks to individuals. This type of housing is often located close to industrial areas where there is high-density traffic, little green space and increased amounts of pollutants in the air.

Opportunities for Action:

- Strengthen the role of public health inspectors and enforce minimum standards for housing
- Advocate for the increased availability of safe and affordable housing for low-income families

7.7.2 Sun Exposure

In Canada, the most serious exposure to the sun occurs during the summer months, while individuals are involved in outdoor work and leisure activities. Approximately 80% of an individual's lifetime exposure to the sun is experienced before the age of 18.[79]

Being tanned is often perceived to be attractive and is associated with health and fitness. Adolescents who are responsive to these images often intentionally expose themselves to the sun to develop and maintain a tan. Adolescents who are outdoor sports enthusiasts have an increased exposure to excessive sunlight. Unfortunately, excessive exposure to UVA/UVB radiation may cause skin cancer, depression of the immune system and an increased risk of developing cataracts.

Opportunities for Action:

- Promote protective measures (e.g. wearing protective clothing, staying in the shade and avoiding midday sun, using 15+ sun screen, wearing sunglasses and a hat)
- Educate youth about the harmful effects of UVA/UVB rays

7.7.3 Air and Water Quality

Second-hand smoke or environmental tobacco smoke (ETS) is associated with heart disease, lung cancer later in life and is a contributing factor to low birth weight babies. It has been estimated that almost 1.4 million Canadian children were exposed to ETS in their homes in 1995. Many municipalities have

restrictions on smoking in public places. However, in restaurants and malls often frequented by youth, the most common restrictions on smoking are designated, unventilated smoking areas which do not adequately protect the non-smoker.

Many Aboriginal people who live on reserves do so in conditions of extreme poverty. Inadequate water treatment systems contribute to the poor quality of drinking water, which increases exposure to waterborne diseases. Other risk factors such as poor nutrition, inadequate sanitation, substandard housing, contaminated food and indoor and outdoor environmental contaminants make Aboriginal children and youth highly vulnerable to the toxic effects of environmental contaminants.[80]

Opportunities for Action:

- Further the implementation of the National Strategy to Reduce Tobacco in Canada, with particular attention to policy and legislative activities to protect individuals from exposure to second-hand smoke

- Work with appropriate government departments to improve air and water quality in compromised communities

7.8 Biology and Genetic Endowment

Research in a variety of fields, including the social sciences, biology and epidemiology, is documenting links between the determinants of health and biological pathways. Biological factors and genetics play an influential role on health status. A person's height, skin and eye colour are all biologically determined. Biological factors can have both positive and negative effects on health outcomes. While a family history of diabetes, cancer, schizophrenia, heart disease or birth defects increases the chances of an individual developing the same condition, there is increasing evidence that the effects of heredity are strongly moderated by the physical and social environments.

Biological and genetic factors are also closely related to a number of other determinants. An individual's personal income can be greatly affected if she or he has a chronic health condition, such as schizophrenia or cerebral palsy. Youth with special needs may struggle to obtain a good education or to keep employment, especially if they require specialized care or are living in an institutional setting. Within the context of the social environment, biological and genetic risk factors can limit the kinds of environments in which some children can participate. Some schools and recreational facilities are not be able to accommodate youth with disabilities.

7.8.1 Youth Who Have Chronic Health Conditions, Developmental, Behavioural and Physical Challenges

Although most adolescents in Canada are healthy, some live with disabilities that limit their activity and compromise their general health. Although youth with disabilities face many unique challenges, with sufficient support they can have a full and active life. The degree and severity of a disability is influenced by access to services for the condition, the effectiveness of those services and accommodations by parents, schools and communities.[51] In 1995–96, approximately 151, 858 adolescent males (7%) and 162,788 adolescent females (8%) between 10 and 19 years of age reported having a disability.[26]

Attention deficit disorder (ADD) and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) are disorders which first become apparent in the toddler years but often persist into adolescence or even adulthood.[51] Genetic factors, prematurity and developmental immaturity are significant risk factors for acquiring these disorders.[51] While ADD and ADHD are most evident during the preschool and early elementary years, they often result in secondary conditions which affect health and development through adolescence, such as aggression, early school leaving and later substance abuse.[51]

Fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE) can affect the ability of an individual to lead a healthy life and to accomplish the developmental tasks required of adolescence. These conditions are associated with alcohol use during pregnancy which can lead to life-long health deficits such as mental and physical disabilities. Adolescents with FAS/FAE face special challenges, as they often experience learning disabilities and behavioural problems which can lead to difficulties with making friends, with peer groups and attaining lower educational achievement. While there are no statistics regarding the extent of this condition in Canada, further work in this area would assist professionals and those affected by FAS/FAE to better understand and develop effective responses to these conditions.

Chronic health conditions, such as arthritis, asthma, epilepsy, allergies and others, are common among youth in Canada. Recent data show that among adolescents between the ages of 12 and 14, 37% of males and 33% of females reported having a chronic condition.[26] The rate increased with age; 40% of males and 49% of females aged 15 to 19 years reported having a chronic condition. Youth with chronic health conditions often require additional supports and services to manage their health.

Opportunities for Action:

- Increase support to adolescents and their families to manage chronic health conditions and the care related to their disability
- Provide support to enable adolescents and their families to develop plans for the transition to adulthood
- Promote awareness of the impact of alcohol use during pregnancy through public information campaigns and inclusion in school curriculum in order to reduce the incidence of FAS/FAE

7.9 Beyond the Determinants of Health

7.9.1 Research, Measuring and Monitoring

Monitoring, measuring and reporting children's progress is a key building block of the National Children's Agenda. There is growing consensus that ongoing, reliable and timely information on the well-being and development of adolescents is needed to guide government actions. Regular measuring and reporting of how adolescents are doing in key areas of their lives and key influences on their well-being builds awareness, understanding and commitment. Monitoring and measuring efforts also allow policymakers to determine if Canada's adolescents are developing in a healthy way and to identify key priorities for action. In short, monitoring and measuring informs policy making, ensuring that actions are as focussed and effective as possible.

Current data about adolescents are often not gender-specific nor do they include hard-to-reach youth such as street youth, youth in care or Aboriginal youth living off reserve. More research is required to understand how gender and ethnocultural diversity influence development and the developmental challenges faced by Aboriginal youth. There is a lack of baseline survey data on youth culture, attitudes and behaviour, and on adult attitudes toward adolescence.

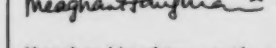
Gaps exist in our knowledge about the processes by which youth choose either risky behaviours or healthy behaviours, as well as health-enhancing behaviours during the adolescent stage of growth and development. Little is known about the protective factors which prevent youth from engaging in unhealthy lifestyle choices.

Qualitative and participatory research which allows the voices of youth to be heard is needed, especially studies in which adolescents formulate the questions and have some voice in how the results are used. Most research focusses on specific high-risk populations and their behaviours (e.g. young offenders, drug users, single teen mothers). The voices of mainstream youth need to be heard.

Opportunities for Action:

- Support data linkage between sectors and collect regionally based data to supplement national data
- Collect and analyse data on specific populations (e.g. urban Aboriginal youth, youth with disabilities/chronic conditions) and include gender and age differences
- Continue to develop, implement and evaluate models of intersectoral collaboration in the delivery of services
- Use outcome data to improve service delivery and enhance evidence-based decision making
- Support research in priority areas of adolescent health: resiliency and identity in adolescence, risk-taking and health-enhancing behavioural choices, gender-specific and ethnocultural-specific studies
- Synthesize and disseminate research on healthy adolescent development

"As children become adolescents and then adults, they are faced with increased challenges. This is represented by a greater use of detail in each metamorphic stage of the cover image. The alternating wing designs and coloured squares show that every transition into adulthood is different, while the overall form of the quilt unites adolescents in their shared experience"



Meaghan Haughian, youth, creator of cover art image

Appendix A

Opportunities for Action

Healthy Child Development

1. Continue to actively participate in the National Children's Agenda process

2. Strengthen intergovernmental and intersectoral approaches to early child development as per the recommended actions outlined in *Investing in Early Child Development: The Health Sector Contribution*

Health Services

3. In partnership with youth and other sectors, develop alternative health care models that eliminate barriers to services and are focussed on adolescent needs (e.g. youth-oriented services provided through adolescent clinics, outreach services, school-based services, services in malls)

4. Improve access to and availability of services for adolescents in rural and remote areas, as well as in Aboriginal communities both on and off reserve

5. Examine ways to improve access to non-insured health services (prescription drugs, dental care, contraceptives, optical care)

6. Improve confidentiality for youth within the health care system by using new technologies that promote self-access (e.g. health information and services accessed through non-traditional venues like malls, the Internet, tele-health, recreation centres, drop-in centres, schools)

7. Remove legislative, regulatory and practice barriers that restrict access to health services and supports because of age and/or issues of consent

8. Involve youth, particularly marginalized youth, in identifying health issues relevant to them and strategies to ensure services that are accessible and youth focussed

9. Develop and implement comprehensive adolescent health policies incorporating gender and ethnocultural perspectives

10. Support the creation of inter-agency, multisectoral committees at the community level to focus exclusively on the health and behavioural challenges of adolescents, with special emphasis on efforts to change attitudes about especially stigmatized groups (e.g. those experiencing racism, persons with disabilities, victims of violence, gay/lesbian/bisexual youth), to reach out to high-risk adolescents and to ensure confidentiality

11. Incorporate adolescent health and development as a separate educational component for health professionals who are in training and in continuing education curriculum

Personal Health Practices and Coping Skills

12. In collaboration with other sectors, implement strategies that support youth by making the healthy choices the easy choices

13. Involve youth in the development of information campaigns and prevention programs

14. In collaboration with other sectors, develop and promote harm reduction strategies that address youth risk-taking behaviours

15. Develop broad and innovative programs for screening, risk assessment and treatment

16. Further the implementation of the National Strategy to Reduce Tobacco Use in Canada, with particular emphasis on improved access to, and implementation of, smoking prevention and cessation programs

17. Develop services and improve access to age-appropriate and culturally sensitive drug, alcohol and substance abuse programs (e.g. in rural communities, for younger adolescents, low-income and homeless youth, Aboriginal youth)

18. Examine the effectiveness of existing regulations on the advertising and sale of tobacco and alcohol to under-age youth

19. Work with the education sector to enhance curriculum related to nutrition and active living

20. Work with other sectors to enhance food security for youth living in low-income situations

21. Develop a mental health service delivery model and infrastructure that is multidisciplinary and can facilitate mental health promotion and processes for early identification, assessment and treatment for adolescents

22. Increase access to youth-oriented mental health services (e.g. crisis intervention, counselling, peer support programs)

23. Increase access to successful mental health promotion programs that support and educate youth in areas such as self-help and self-responsibility, coping skills, self-esteem, how to foster, maintain and improve mental health, and when and how to seek assistance for identified problems such as depression and anxiety

24. Develop mentoring, peer counselling and intervention initiatives in communities experiencing high rates of suicide

25. Promote the use of healthy images of youth related to gender, body image and youth empowerment

26. Develop sex education programs that are culturally appropriate for youth, in collaboration with parents and the communities in which they live

27. Provide sexual health services and supports to marginalized youth who are unable or unwilling to access mainstream services

28. Provide sensitive and confidential sexual and reproductive health care services that are affordable and available to adolescents (e.g. contraceptives, planned parenting services, prenatal counselling)

29. Enhance intersectoral collaboration to identify priorities and develop strategies for injury prevention, expand existing successful injury prevention programs, and involve youth in the development of comprehensive injury prevention programs

30. Increase the understanding of gender and age differences in risk-taking behaviour and develop strategies that respond to these differences

Social Environment

31. Develop resources for parents that focus on the adolescent period and family-based strategies that positively influence healthy adolescent development

32. Improve the accessibility and availability of parent support groups where families can share information, resources and experiences about their developing adolescents

33. Provide youth with information on alternate choices to parenthood (e.g. adoption) and provide services to support them in the choice they make

34. More actively engage the health sector in strategies that respond to the impact of family violence

35. In collaboration with the education sector, promote anti-violence, school-based educational programs (e.g. anger management, conflict resolution) and public awareness campaigns to counteract media messages that violence is appropriate in some situations

36. In collaboration with the social services, education and justice sectors, ensure that services are available to youth experiencing family violence

37. Increase parental knowledge and awareness of the important influence they have in their adolescents' interactions with peer groups and subsequent health outcomes

38. Promote school and community-based programs that involve peer mentors and peer support groups, particularly for vulnerable youth

39. In collaboration with other sectors, develop and expand outreach and storefront services for vulnerable youth

40. Develop intersectoral response teams to quickly engage and support youth who are seeking help to change their lives

41. Establish mechanisms for youth to assess needs and inform their community about issues, expectations, opportunities and solutions

42. Provide enhanced opportunities for youth participation in developing policies and programs

43. Evaluate the effectiveness of various mechanisms for youth participation (e.g. advisory committees) in the ability of youth to influence the policy process

44. Make health information that youth need (e.g. healthy nutrition, sexual health) readily available on the Internet

45. Support the development of media awareness curriculum to educate youth about the potential health benefits and risks posed by the media and the Internet

Education

46. Work with the education sector to develop comprehensive school health programs which support healthy adolescent development in a safe environment

47. Work with the education sector to develop and implement strategies within the school setting to respond to youth at risk for dropping out or poor academic achievement, to respond to traumatic events and to create a positive school environment

48. Advocate that physical education become part of the core curriculum throughout high school

49. Improve the availability and quality of health and life skills curriculum provided to adolescents in school

50. Enhance access to health professionals and health services within the education system (e.g. provide primary prevention service, outreach services for vulnerable youth, a more active role in health education)

51. Work with the education sector to enhance the range of school-based peer support programs

Income

52. Provide non-insured health benefits for youth living in low-income families and for youth who are living on their own or "on the street" (e.g. prescription drugs, optical care, contraceptives, dental care)

53. Provide education and support youth to delay pregnancy until after they have completed the high school years

54. Provide prenatal nutrition and vitamin supplements for pregnant adolescents and provide support to adolescent mothers to stop smoking and drinking

55. Provide comprehensive outreach services to adolescent parents, including information and resources to facilitate healthy child development, and support to complete their high school education and build a sustainable system for the new family

Physical Environment

56. Strengthen the role of public health inspectors and enforce minimum standards for housing

57. Advocate for the increased availability of safe and affordable housing for low-income families

58. Promote protective measures (e.g. wearing protective clothing, staying in the shade and avoiding midday sun, using 15+ sun screen, wearing sunglasses and a hat)

59. Educate youth about the harmful effects of UVA/UVB rays

60. Further the implementation of the National Strategy to Reduce Tobacco in Canada, with particular attention to the policy and legislative activities to protect individuals from exposure to second-hand smoke

61. Work with appropriate government departments to improve air and water quality in compromised communities.

Biology and Genetic Endowment

62. Increase support to adolescents and their families to manage chronic health conditions and the care related their disability

63. Provide support to enable adolescents and their families to develop plans for the transition to adulthood

64. Promote awareness of the impact of alcohol use during pregnancy through public information campaigns and inclusion in school curriculum in order to reduce the incidence of FAS/FAE

Beyond the Determinants of Health

65. Support data linkage between sectors and collect regionally based data to supplement national data

66. Collect and analyse data on specific populations (e.g. urban Aboriginal youth, youth with disabilities) and include gender and age differences

67. Continue to develop, implement and evaluate models of intersectoral collaboration in the delivery of services

68. Use outcome data to improve service delivery and enhance evidence-based decision making

69. Support research in priority areas of adolescent health: resiliency and identity in adolescence, risk-taking and health-enhancing behavioural choices, gender-specific and ethnocultural-specific studies

70. Synthesize and disseminate research on healthy adolescent development

Appendix B

Members of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (April 2000)

Dr. Joel Kettner
Chair, Manitoba
Chief Medical Officer of Health
Manitoba Health

Mr. Ian Potter
Vice-Chair, Health Canada
Assistant Deputy Minister
Health Canada

Ms. Teresa Hennebery
P.E.I.
Director
Department of Health and Social Services

Ms. Beverly Clarke Newfoundland
Assistant Deputy Minister
Department of Health and Community Services

Ms. Debra Keays
Nova Scotia
Director
Department of Health

Ms. Lyne St-Pierre-Ellis
New Brunswick
Corporate Policy Advisor
Health and Wellness

Docteur Richard Massé
Québec
Sous-ministre adjoint de la santé kdpublique
Ministère de la santé et des services sociaux

Dr. Colin D'Cunha
Ontario
Chief Medical Officer of Health and Director
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Ms. Sue Hicks
Manitoba
Associate Deputy Minister
Manitoba Health

Dr. Marlene Smadu
Saskatchewan
Assistant Deputy Minister
Saskatchewan Health

Ms. Cecilie Lord
Alberta
Assistant Deputy Minister
Alberta Health and Wellness

Dr. Perry Kendall
British Columbia
Provincial Health Officer
Ministry of Health

Mr. Ron Pearson
Yukon
Director
Government of Yukon

Dr. Konia Trouton
Nunavut
Director
Nunavut Department of Health and Social Services

Dr. André Corriveau
N.W.T.
Director
Northwest Territories Department of Health and
Social Services

Dr. Tariq Bhatti
Health Canada
Director
Health Canada

Dr. Bryce Larke
Co-Chair F/P/T AIDS
Provincial Medical Consultant
Alberta Health and Wellness

Dr. David Kinloch
Non Government
Consultant and Policy Researcher

Dr. Ralph Nilson
Non Government
Dean
Faculty of Physical Activity Studies

Dr. Miriam Stewart
Non Government
Director
University of Alberta

Mr. Gary Catlin
Observer
Director
Statistics Canada

Ms. Kathy Mestery
Associate to the Chair
Manitoba Health

Secretariat
Ms. Julie Pigeon
(replacement Shélie Laforest)
Health Canada
Program Manager
Health Canada

Mr. Pierre Génier
Health Canada
Manager
Health Canada

Appendix C

Members of the Working Group on Healthy Child Development

Mr. Brian Ward (Co-Chair)
Health Canada
Director
Health Canada

Ms. Donna Ludvigsen (Co-Chair)
Alberta
Project Leader
Alberta Health and Wellness

Ms. Laraine Poole
P.E.I.
Public Policy Liaison
Department of Health and Social Services

Ms. Joy Maddigan
Newfoundland
Director
Department of Health and Community Services

Ms. Hope Beanlands
Nova Scotia
Coordinator
Department of Health

Ms. Barbara Slater
Ontario
A/Manager
Ministry of Health

Ms. Leanne Boyd
Manitoba
Policy and Program Consultant
Children and Youth Secretariat

Mr. Jim Simmons
Saskatchewan
Executive Director
Saskatchewan Health

Ms. Laurie Duncan
British Columbia
Director
Ministry for Children & Families

Mr. Frank Capello
N.W.T.
Consultant
Department of Health and Social Services

Ms. Lynda Bottoms
Health Canada
Research Analyst
Health Canada

Mr. Craig Shields
Non Government
Human Services Consultants

Dr. Miriam Stewart
Non Government
Director
University of Alberta

Secretariat
Ms. Julie Pigeon
(replacement Shélie Laforest)
Health Canada
Program Manager
Health Canada

Reference List

1. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (1998). *Building a National Strategy for Healthy Child Development*. Cat. No. H39-424/1998E. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Committee on Population Health.

2. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (1999). *Investing in Early Child Development: The Health Sector Contribution*. Cat. No. H39-504/1999E. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health.

3. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (1999). *Toward a Healthy Future, Second Report on the Health of Canadians*. Cat. No. H39-468-/1999E. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health.

4. Ontario Tobacco Research Unit (1996). *Cigarette Smoking and Young Women's Presentation of Self*. Cat. No. H39-366/1996E. Ottawa: Health Canada.

5. Morrongiello B (1998). Preventing Unintentional Injuries Among Children. In *Volume 1, Determinants of Health: Children and Youth*. Papers commissioned by the National Forum on Health. Sainte-Foy: Editions MultiMondes.

6. Offord DR, Lipman EL (1996). Emotional and Behavior Problems. In Human Resources Development Canada and Statistics Canada, *Growing Up in Canada: National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Statistics Canada Cat. No. 89-550-MPE, No. 1.

7. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (1999). *Intersectoral Action: Towards Population Health*. Cat. No. H39-507/1999. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health.

8. Ministry for Children and Families (1999). *Youth Policy Framework*. Prepared for the Ministry for Children and Families, British Columbia, November 25, 1999. Located at http://www.mcf.gov.bc.ca/youth/POLFRAM122.pdf

9. Catalano RF, Hawkins JD cited in Pan American Health Organization (1998). *Plan of Action for Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas, 1998–2001*. Washington: Pan American Health Organization.

10. Statistics Canada (1998). *Annual Demographic Statistics*. Cat. No. 91-213. Ottawa: Statistics Canada.

11. Statistics Canada custom tabulation using 1996 Census data. Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health Working Group on Healthy Child Development, March 2000.

12. Working Group of the National Aboriginal Youth Strategy (1999). *National Youth Aboriginal Strategy*. Working Group of the National Aboriginal Youth Strategy.

13. Ringwalt C, Greene J, Robertson N et al. (1998). The Prevalence of Homelessness Among Adolescents in the United States. *American Journal of Public Health*. 88(9): 1325–29.

14. National Council of Welfare (1999). *Poverty Profile, 1997*. Cat. No. H67-1/4-1997E. Ottawa: National Council of Welfare.

15. Statistics Canada cited in Canadian Council on Social Development (1999). *The Progress of Canada's Children: Into the Millennium*. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

16. Statistics Canada (1991). *1991 Health and Activity Limitation Survey: A Portrait of Persons with Disabilities*. Cat. No. 89-542E. Ottawa: Statistics Canada.

17. Ross DP, Scott K, Kelly MA (1996). Overview: Children in Canada in the 1990s. In Human Resources Development Canada and Statistics Canada, *Growing Up in Canada: National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Cat. No. 89-550-MPE, No. 1.

18. Perry B (March 1997). *Fifth Annual Healthy Families America Conference*. Chicago.

19. McCall D, Beazley R, Doherty-Poirier M et al. (1999). *Schools, Public Health, Sexuality and HIV: A Status Report*. Prepared for the Council of Ministers of Education, Canada.

20. McCreary Centre Society (1999). *Healthy Connections: Listening to BC Youth*. Burnaby: McCreary Centre Society.

21. Children's Hospital of Eastern Ontario cited in Health Canada (1999). *Healthy Development of Children and Youth*. Cat. No. H501/1999E. Ottawa: Health Canada.

22. Stephens T (1998). *Population Mental Health in Canada*. Mental Health Promotion Unit, HPPB, Health Canada.

23. Boyd M, Norris D cited in the Canadian Council on Social Development (1999). *The Progress of Canada's Children: Into the Millennium*. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

24. King AJC, Boyce WF, King MA (1999). *Trends in the Health of Canadian Youth*. Cat. No. H39498/1999E. Ottawa: Health Canada.

25. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (1999). *Statistical Report on the Health of Canadians*. Cat. No. H39-467/1999E. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health.

26. Kidder K, Stein J, Fraser J (2000). *The Health of Canada's Children: A CICH Profile* (3rd Edition). Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

27. Alder Group (1998). *Growing Healthy Canadians, A Framework for Positive Child Development.* Prepared for the Sparrow Lake Alliance and Funders Alliance for Children, Youth and Families.

28. McCain MN, Mustard JF (1999). *Reversing the Real Brain Drain: Early Years Study Final Report.* Toronto: Children's Secretariat, Government of Ontario.

29. Shore R (1997). *Rethinking the Brain.* New York: Families and Work Institute.

30. Lowry R, Kann L, Collins J et al. (1996). The Effect of Socioeconomic Status on Chronic Disease Risk Factors Among U.S. Adolescents. *Journal of the American Medical Association* 276(10): 792–97.

31. Reading J (1999). The Tobacco Report. *First Nations and Inuit Regional Health Survey.* Ottawa: First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee.

32. Adlaf EM, Ivis FJ, Smart RG (1997). *Ontario Student Drug Use Survey: 1977–1997: Executive Summary.* Toronto: Addiction Research Foundation.

33. Greene JM, Ennett ST, Ringwalt C (1997). Substance Use Among Runaway and Homeless Youth in Three National Samples. *American Journal of Public Health* 87(2): 229–53.

34. Offord DR, Boyle MH, Campbell D et al.(1996). Mental Health in Ontario: Selected Findings from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey: Methodology. *Canadian Journal of Psychiatry* 41: 549–58.

35. Gottlieb B (1998). Strategies to Promote Optimal Development of Canada's Youth. In *Volume 1, Determinants of Health: Children and Youth.* Papers commissioned by the National Forum on Health. Saint Foy, Quebec: Editions MultiMondes.

36. Kaufman M (1997). Change is the Essence: Adolescent Development. In M Kaufman (ed), *Mothering Teens: Understanding the Adolescent Years.* Charlottetown: Gynergy Books.

37. Haffner D (1997). Sexuality: The Desire to be Lovable and Loving. In M Kaufman (ed), *Mothering Teens: Understanding the Adolescent Years.* Charlottetown: Gynergy Books.

38. Bureau of HIV/AIDS, STD and TB (1999). *Genital Chlamydia in Canada.* STD Epi Update – May.

39. Health Canada (1999). *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada.* Ottawa: Health Canada.

40. SmartRisk Foundation (1998). *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada.* Toronto: SmartRisk Foundation.

41. Transport Canada (1999). *Total Collisions and Casualties 1977–1996.* Ottawa: Transport Canada.

42. MacMillan H, Walsh C, Jamieson E et al. (1999). *Children's Health: First Nations and Inuit Regional Health Survey*. Ottawa: First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee.

43. Stewart M (2000). Social Support, Coping and Self-Care as Public Participation Mechanisms. In M Stewart (ed), *Community Nursing: Promoting Canadians Health.* Toronto: WB Saunders Company.

44. Ritchie J, Stewart M, Ellerton M et al. (2000). Parents' Perceptions of the Impact of a Telephone Support Group Intervention. *Journal of Family Nursing* 6(11): 25–45.

45. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (1994). *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*. Cat. No. H39-316/1994E. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health.

46. Wilkinson R, Marmot M (eds) (1998). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization, Europe.

47. Ross DP, Roberts P (1999). *Income and Child Well-Being: A New Perspective on the Poverty Debate*. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

48. Reutter L (2000). Socioeconomic Determinants of Health. In M Stewart (ed), *Community Nursing: Promoting Canadians Health.* Toronto: WB Saunders Company.

49. Doyle AB, Moretti MM (unpublished). "Attachment to Parents and Adjustment in Adolescence: Literature Review and Policy Implications." Prepared for the Childhood and Youth Division, Health Canada.

50. Dougherty D cited in King AJC, Boyce WF, King MA (1999). *Trends in the Health of Canadian Youth*. Ottawa: Health Canada.

51. Health Canada (1999). *The Healthy Development of Children and Youth.* Cat. No. H39-501/1999E. Ottawa: Health Canada.

52. Alder Group (1998). *Growing Healthy Canadians: A Guide for Positive Child Development.* Prepared for the Sparrow Lake Alliance and Funders Alliance for Children, Youth and Families.

53. Canadian Council on Social Development (1999). *The Progress of Canada's Children: Into the Millennium*. Ottawa: Canadian Council on Social Development.

54. Resnick MD et al. cited in King AJC, Boyce WF, King MA (1999). *Trends in the Health of Canadian Youth*. Ottawa: Health Canada.

55. Eichler M (1983). *Families in Canada Today: Recent Changes and Their Policy Consequences.* Toronto: Gage Publishing.

56. Canadian Public Health Association (1997). *Draft Position Paper: Homelessness and Health.* Ottawa: Canadian Public Health Association.

57. Bryant B (1996). How Does Social Support Develop During Childhood? In K Hurrelman and SF Hamilton (eds), *Social Problems and Social Contexts in Adolescence: Perspectives Across Boundaries*. New York: Aldine de Gruyter.

58. Stewart M, Mangham C, Reid G (1997). Fostering Children's Resilience. *Journal of Pediatric Nursing* 12(1): 21–31.

59. Tierney JP, Branch AY (1992). *College Students as Mentors for At-Risk Youth: A Study of Six Campus Partners in Learning Programs.* Philadelphia: Public/Private Ventures.

60. World Health Organization (2000). *Health and Health Behaviour Among Young People.* Copenhagen: World Health Organization.

61. McCreary Centre Society (1994). *Adolescent Health Survey: Street Youth in Vancouver.* Burnaby: McCreary Centre Society.

62. OMA Committee on Population Health (1995). *Literature Review on Homelessness and Health in Canada.* Toronto: OMA Committee on Population Health.

63. Health Canada (1997). *Meeting the Needs of Youth at Risk in Canada: Learnings from a National Community Development Project.* Cat. No. H39-411/1997E. Ottawa: Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, Health Canada.

64. Canadian Council on Social Development (1998). *The Progress of Canada's Children, 1998: Focus on Youth.* Ottawa: Canadian Council on Social Development.

65. Lefebvre A (1992). Ability On-Line: Promoting Social Competence and Computer Literacy in Adolescents with Disabilities. *Rehabilitation Digest* 23: 3–6.

66. Dunham PJ (1997). "Staying Connected: A Computer Mediated Parenting Support Network for Young Single Mothers." Unpublished paper.

67. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (1996). *Report on the Health of Canadians.* Cat. No. H39-385/1996-1E. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health.

68. Wilkinson RG (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality.* London: Routledge.

69. Evans R, Barer M, Marmor T (eds). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine De Gruyter.

70. Willms JD (1996). Indicators of Mathematics Achievement in Canadian Elementary Schools. In Human Resources Development Canada and Statistics Canada, *Growing Up in Canada: National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Statistics Canada Cat. No. 89-550-MPE, No. 1.

71. Craig WM, Peters RD, Konarski R (1998). *Bullying and Victimization Among Canadian School Children*. Paper prepared for the Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada

72. Cragg S, Cameron C, Craig CL et al. (1999). *Canada's Children and Youth: A Physical Activity Profile*. Special Report Series of the Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.

73. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute (1996). Barriers to Physical Activity. *Progress in Prevention*. (Bulletin No. 4).

74. Marmot MG, Rose G, Shipley M et al. (1987). Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32: 244–49.

75. Marmot MG (1986). Social Inequalities in Mortality: The Social Environment. In RG Wilkinson (ed), *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. London: Tavistock.

76. Bouchard C, Shepard R, Stephens T (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health*. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign, Ill.: Human Kinetics Publishers, Inc.

77. Ross DP, Scott K, Kelly M (1996). *Child Poverty: What Are the Consequences?* Centre for International Statistics, Canadian Council on Social Development.

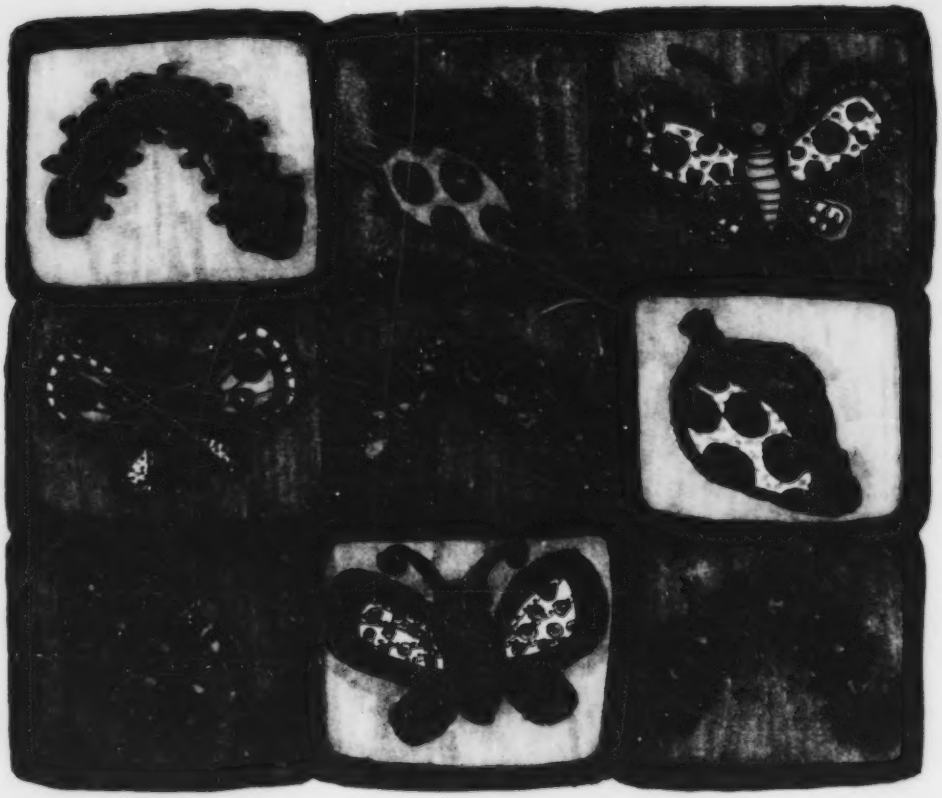
78. Bullard RD, Wright B (1993). Environmental Justice for All: Perspectives on Health and Research Needs. *Toxicology and Industrial Health* 9(5): 821– 41.

79. Canadian Dermatology Association (1993). *Your Kids and the Sun*. Ottawa: Canadian Dermatology Association.

80. Young TK, Bruce L, Elias J et al. (1991). *The Health Effects of Housing and Community Infrastructure on Canadian Reserves*. Northern Health Research Unit, University of Alberta; Indian and Northern Affairs.

Perspectives d'appui aux adolescents :

La contribution du secteur de la santé



Comité consultatif fédéral-provincial-territorial
sur la santé de la population

Octobre 2000

Remerciements

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) aimerait remercier Réseau Ado/Youth Net pour la conception de la couverture du présent rapport. Réseau Ado/Youth Net est un programme régional bilingue de promotion de la santé mentale et d'intervention précoce qui est géré par et pour les jeunes à partir de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario. L'organisme anime des discussions de groupe et organise des groupes de soutien dans la collectivité depuis l'été 1994. Sa philosophie consiste à écouter les jeunes et à créer des liens entre eux, tout en leur fournissant l'écoute de professionnels sympathiques qui leur serviront de filet de sécurité au besoin. Nous voulons remercier particulièrement Sarah Brandon, qui a coordonné la conception de la page couverture, et Meaghan Haughian, l'artiste qui a illustré la page couverture.

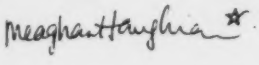
En octobre 1999, les personnes suivantes ont participé à une séance d'un jour pour présenter au CCSP une variété de perspectives sur les expériences et les questions liées aux jeunes Canadiens et Canadiennes d'aujourd'hui :

D^re^ Miriam Kaufman	Hospital for Sick Children, Toronto
D^r^ Simon Davidson	Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa
D^r^ Roger Tonkin	McCreary Centre Society, Burnaby
D^r^ Tullio Caputo	Carleton University, Ottawa
M^me^ Elizabeth O'Neill	Big Brothers/Big Sisters, Edmonton
M. Harvey McCue	Conseiller, Ottawa
D^re^ Sylvie Jutras	Université du Québec à Montréal, Montréal

Cette journée a contribué à l'élaboration du cadre du document. Le CCSP souhaite exprimer sa profonde reconnaissance à ces personnes pour leur appui à un stade critique de la conception de la structure et du contenu du document.

Énoncé de l'artiste

« Lorsqu'un enfant devient un adolescent puis un adulte, il est confronté à un nombre croissant de défis. L'ajout de détails à chaque métamorphose reflète cette réalité. Les motifs variés des ailes et les carreaux de couleur différente montrent que la transition à l'âge adulte ne se vit pas de la même façon pour tous, tandis que la forme de la courtepointe exprime l'expérience commune des adolescents. »



Meaghan Haughian, jeune artiste qui a illustré la couverture

Il est interdit de modifier ce document de quelque façon que ce soit. Seule la reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Prière de citer la source du document.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore, en braille, ou sur le site Web suivant :

http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/

Also available in English under the title:

The Opportunity of Adolescence: The Health Sector Contribution

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000
N° Cat: H39-548/2000E
ISBN: 0-662-29242-1

Table des matières

1.0 **Sommaire** 1

2.0 **Documentation relative au présent rapport** 6

3.0 **Contexte du présent rapport**.. 6
- 3.1 L'approche axée sur la santé de la population 7
- 3.2 La collaboration intersectorielle 8
- 3.3 La participation des jeunes 9

4.0 **Qui sont-ils?** 9
- 4.1 La population 11
- 4.2 La structure familiale 11
- 4.3 L'endroit où ils vivent 11
- 4.4 La langue 12
- 4.5 Les jeunes ayant une déficience 12

5.0 **Comment se portent-ils?** 12
- 5.1 Le développement sain des enfants 12
- 5.2 Les services de santé 13
- 5.3 Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation 13
- 5.4 L'environnement social 13
- 5.5 L'éducation 14
- 5.6 Le revenu 14
- 5.7 L'environnement physique 14
- 5.8 Les capacités biologiques et la génétiques 14

6.0 **Comment connaître leur état?** 15
- 6.1 Gérer leur santé et leur mieux-être personnels 15
- 6.2 Développer des relations intimes et la vie familiale 15
- 6.3 Participer à la vie active 15
- 6.4 Participer à la vie communautaire 16

7.0 **Les facteurs qui influent sur le développement des adolescents et sur les résultats relatifs à la santé** 16
- 7.1 Le développement sain des enfants 17
  - 7.1.1 Le développement des jeunes enfants 18

7.2 Les services de santé 19
7.2.1 L'accessibilité et la disponibilité des services 19
7.2.2 La confidentialité 20
7.2.3 Des services conviviaux axés sur les jeunes 21
7.3 Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation 23
7.3.1 La consommation d'alcool, de tabac et de drogues 24
7.3.2 L'alimentation 25
7.3.3 La santé mentale et les habiletés d'adaptation 26
7.3.4 L'appui des pratiques sexuelles saines et sans risque 27
7.3.5 Les blessures accidentelles 29
7.4 L'environnement social 29
7.4.1 Les familles 30
7.4.2 La violence familiale 32
7.4.3 Les pairs 33
7.4.4 Les jeunes sans-abri 34
7.4.5 Les communautés 35
7.4.6 Les médias et les communications 36
7.5 L'éducation 37
7.5.1 Le milieu scolaire 38
7.5.2 Le programme d'enseignement relatif à la santé 39
7.5.3 Les professionnels de la santé au sein du système d'éducation 40
7.6 Le revenu 41
7.6.1 L'accès à un revenu acceptable et l'inégalité 41
7.7 L'environnement physique 42
7.7.1 Les logements 43
7.7.2 L'exposition au soleil 43
7.7.3 La qualité de l'air et de l'eau 44
7.8 Les capacités biologiques et génétiques 45
7.8.1 Les défis de croissance, de comportement et les défis physiques que doivent relever les jeunes qui souffrent d'affections chroniques 45
7.9 Au-delà des déterminants de la santé 47
7.9.1 La recherche, l'évaluation et la surveillance 47

Annexe A : Occasions d'action 50
Annexe B : Membres du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (Avril 2000) 56
Annexe C : Membres du Groupe de travail sur le développement sain des enfants 57

Liste de références 58

1.0 Sommaire

L'adolescence se définit comme une période de grande croissance et de développement. À cette étape importante de leur vie, les adolescents développent des habiletés qui durent toute leur vie et qui leur permettent de prendre de bonnes décisions par rapport au mode de vie, à l'apprentissage, aux relations et à l'autonomie. Les déterminants de la santé tel que l'accès aux services de santé, les habitudes de santé et les habiletés d'adaptation, les soutiens sociaux, le revenu, l'environnement physique ainsi que la capacité biologique et génétique influent de façon marquée sur la santé et le bien-être des adolescents. Avec le concours des jeunes et d'autres secteurs, le système de santé a l'occasion de veiller à ce que les adolescents et leurs familles aient accès aux renseignements, aux ressources et aux services nécessaires à promouvoir sainement leur développement physique, intellectuel, émotif et social.

Au moment de l'adolescence, les jeunes doivent affronter deux transitions importantes. À l'aube de l'adolescence, les soins et le soutien que fournissent la famille et l'école se transforment pour répondre aux nouvelles attentes visant à accroître la responsabilité et l'autonomie. Les adolescents disposent de seulement quelques années précédant l'âge adulte pour accomplir tout le travail visant à la gestion de leur propre santé et bien-être, à l'établissement des relations intimes ainsi qu'à leur participation à la population active et à l'activité sociale.

Les adolescents ont besoin de milieux encourageants. Les familles, les amis, les écoles, les voisinages, les réseaux de prestation de service, les médias, le réseau Internet ainsi que leur état socio-économique influent sur l'état de santé des adolescents, sur leurs comportements liés à la santé et sur leur façon d'utiliser les services de santé. Les jeunes, à l'adolescence, acceptent davantage de responsabilités et deviennent plus indépendants par rapport aux prises de décisions. L'étude de nouveaux comportements visant à comprendre les choix offerts et à s'identifier par rapport à la famille, aux pairs, à la communauté et aux activités futures constitue une des tâches importantes de l'adolescence. En établissant des relations stables avec les parents et les amis, les adolescents pourront mieux évaluer et préciser les mécanismes sociaux tels que la capacité de définir des objectifs et des attentes, faire des choix éclairés, développer une compétence sociale, résoudre des problèmes, régler des conflits et contribuer à l'activité sociale.

Les adolescents sont un élément important de notre société. Ils ont un surplus d'énergie positive, d'esprit et d'idées nouvelles qui mettent parfois au défi les normes traditionnelles de la société. Il est essentiel de reconnaître et de nourrir leurs forces, leur créativité, leurs intérêts, leurs capacités et leurs habiletés. Les adolescents recherchent et saisissent les occasions de contribuer à la qualité de vie dans leurs écoles, dans leurs voisinages et dans la société. La vision unique et la culture des jeunes ont été et seront toujours une source majeure d'évolution sociale positive.

Quoique la plupart des adolescents au Canada réussissent bien, certains adolescents risquent d'aboutir à des résultats moins qu'optimaux. Afin de leur permettre de « gagner contre toutes attentes », des interventions efficaces sont nécessaires auprès des jeunes qui grandissent dans des conditions défavorables telles que la pauvreté, l'appui parental insuffisant, et dans un environnement social qui favorise l'usage de l'alcool et des drogues, les relations sexuelles non protégées et la violence. Alors que les facteurs qui mettent les adolescents à risque augmentent, ils ont un effet multiplicateur négatif sur la santé et sur les résultats sociaux des jeunes, ce qui exige des stratégies d'ensemble afin de favoriser la résilience. Les jeunes qui sont vulnérables et à qui l'on fournit un environnement favorable et flexible peuvent mieux accéder aux ressources nécessaires au développement de leurs capacités et ainsi relever avec succès les défis que leur présente la vie.

Intention

Le présent document offre des renseignements approfondis sur des questions de santé précises à l'intention des adolescents. À l'aide d'un cadre de travail portant sur les facteurs déterminants de la santé, le présent document décrit l'état de santé actuel des adolescents et identifie les domaines pour lesquels certains adolescents ont un plus grand besoin de renseignements et de soutien. Le document tient compte de l'importance de la différence entre les sexes ainsi que des différences ethniques et culturelles par rapport au développement et aux comportements des adolescents. Il identifie les occasions selon lesquelles les secteurs de la santé peuvent agir en vue de promouvoir le développement sain des adolescents, en prenant appui sur les investissements antérieurs du secteur de la santé dans le développement des jeunes enfants.

L'apport du secteur de la santé

Le secteur de la santé doit veiller à ce que les adolescents d'aujourd'hui grandissent dans un environnement favorisant un développement physique, intellectuel, émotif, social et spirituel sains, ce qui leur permettra de devenir les parents, les fournisseurs de soins, les travailleurs et les citoyens compétents de demain. Le secteur de la santé a réussi à placer le développement des jeunes enfants sur la scène politique et sociale. Le secteur de la santé doit maintenant protéger et améliorer cet investissement initial en investissant aussi dans la période de l'adolescence.

Cinq orientations stratégiques ont été identifiées afin d'aider le secteur de la santé à mieux satisfaire aux besoins des adolescents et de leurs familles. En se concentrant sur ces cinq orientations, les gouvernements pourront prendre appui sur leurs investissements antérieurs dans le développement des enfants dès leur jeune âge et contribuer ainsi à une durée de vie qui évolue sainement.

1. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé dans des domaines clés

Afin de franchir les étapes importantes de leur développement, tous les jeunes doivent avoir accès à un éventail de services de santé confidentiels et adaptés à eux. Ces services doivent être accessibles tant dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux. Le présent document comporte quelques suggestions concrètes qui amélioreraient grandement la disponibilité et l'accessibilité des services offerts aux jeunes. Des programmes et des services précis peuvent être créés (par exemple, des programmes d'action directe à l'intention des adolescents vulnérables, des programmes de mentorat des pairs, des groupes de soutien à l'intention des parents), des programmes et des services élargis (par exemple, fournir des bénéfices précis qui ne sont pas assurés présentement dans notre système de santé) ou des programmes et des services révisés (par exemple, retirer les obstacles législatifs qui entravent l'accès aux services). Les services peuvent être offerts dans des endroits qui sont plus accessibles aux jeunes (par exemple, au moyen de programmes d'action directe, dans les écoles, dans les mails et par l'entremise du réseau Internet). En dernier lieu, l'amélioration des domaines clés de la santé identifiés dans le présent document (par exemple, la santé mentale, la promotion de la santé, le tabagisme et la consommation de drogues, la violence familiale, la santé en matière de sexualité, les blessures) peut aussi contribuer à la santé et au bien-être des adolescents.

Le défi stratégique : Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé offerts aux jeunes dans des domaines clés. Offrir ces services dans des endroits adaptés aux jeunes et favorisant la confidentialité. Établir, élargir et/ou réviser des programmes et des services précis.

2. Offrir des milieux favorables aux jeunes

L'environnement social et physique, ainsi que le système d'éducation, sont des déterminants importants de la santé des adolescents. Les familles, les pairs, les écoles, les collectivités, les médias et les communications ainsi que les milieux naturels et artificiels influent sensiblement sur la santé des adolescents et sur leurs habitudes personnelles de santé. Ces milieux touchent des secteurs variés tels que l'éducation, les services sociaux, le logement et l'environnement. Afin de mieux soutenir les familles et les jeunes, le secteur de la santé peut mettre en œuvre certaines stratégies particulières qui sont identifiées dans le présent document.

Le défi stratégique : Le secteur de la santé doit améliorer les services et les soutiens offerts aux adolescents et aux familles afin de favoriser le développement sain à même la famille. De plus, il doit travailler de

plus près avec les autres secteurs afin d'élaborer des stratégies réciproques qui favorisent les environnements sains à l'intention des jeunes à domicile, à l'école et dans la collectivité.

3. Inciter les jeunes à participer

Le rapport sur les soins complets intitulé *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, identifie clairement l'importance de travailler directement auprès des adolescents afin d'améliorer leur santé. Les jeunes ont nettement exprimé leur désir d'influer sur les politiques et les services qui ont été élaborés en vue de soutenir la transition sécuritaire et réussie de la petite enfance à l'âge adulte. Les experts sur le développement des adolescents favorisent aussi la participation des jeunes et ont indiqué les bienfaits tant pour les jeunes que pour la société lorsque les jeunes saisissent des occasions de contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes ainsi qu'à la prestation de services. Les décideurs et les experts doivent consulter les jeunes afin de connaître leur réaction par rapport aux orientations indiquées dans le présent document.

Le défi stratégique : Le secteur de la santé doit établir des mécanismes selon lesquels les jeunes pourront activement participer à l'identification des questions de santé qui sont importantes pour eux. Ainsi, il doit établir des priorités et élaborer des stratégies qui sauront efficacement satisfaire aux besoins de santé des adolescents.

4. La collaboration intersectorielle

Plusieurs déterminants de la santé ne relèvent pas directement du mandat du système de santé. En outre, il importe que le secteur de la santé initie des discussions avec d'autres secteurs tels que l'éducation, les services sociaux, les secteurs économique, récréatif et juridique ainsi que le secteur du logement. Afin de mieux comprendre comment les politiques et les programmes de secteurs précis affectent les adolescents et afin d'aider les jeunes en s'assurant que les choix sains sont les plus faciles à faire, il est nécessaire de clarifier le rôle de la santé dans ces domaines et d'élaborer des stratégies complètes qui favorisent le développement sain des adolescents.

Le défi stratégique : Le secteur de la santé doit identifier des possibilités de travailler de plus près avec les autres secteurs et plus particulièrement les secteurs de l'éducation et des services sociaux. Il doit collaborer à élaborer des stratégies réciproques qui soutiennent le développement sain des adolescents.

5. Augmenter la base de connaissances sur la santé et le bien-être des adolescents

Afin de soutenir le développement sain des adolescents, il est essentiel d'obtenir des données d'actualité exactes sur tous les déterminants de la santé des adolescents. Les données existantes doivent être comparables, liées au niveau régional et disponibles au niveau national. La recherche, l'évaluation des programmes et la surveillance sont nécessaires pour accroître notre compréhension des conditions qui aident les jeunes à choisir des comportements sains plutôt que des comportements qui ont tendance à entraîner à long terme des conséquences négatives sur la santé. Il importe de connaître quels modèles sont les plus efficaces et quelles approches, dans des situations précises, entraînent les meilleurs résultats.

Le défi stratégique : Le secteur de la santé, avec le concours d'autres secteurs, doit entreprendre une recherche sur la santé des adolescents pour la collecte des données de tous les déterminants. Cette collecte améliorera les connaissances relatives aux interventions qui favorisent le développement sain des adolescents et fournira des renseignements pratiques aux décideurs, aux praticiens et aux particuliers.

2.0 Documentation relative au présent rapport

De nombreuses discussions ont lieu au Canada et partout au monde sur la façon de soutenir les adolescents afin qu'ils puissent effectuer la transition de la petite enfance à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte en effectuant des choix sains sur tous les aspects de leur vie.

Le présent document identifie des possibilités d'action en réponse à la demande exprimée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (F-P-T) et les sous-ministres de la santé. En effet, ces derniers demandaient que leur secteur contribue à la collaboration intersectorielle en ce qui a trait au développement des adolescents et que des recommandations soient formulées sur la façon dont le secteur de la santé peut soutenir et contribuer au développement sain des adolescents ainsi qu'au Programme d'action national pour les enfants[a].

Le présent document prend appui et soutient certains aspects des deux rapports du Comité consultatif F-P-T sur la santé de la population, *Création d'une stratégie nationale pour le développement sain des enfants (mars 1998)*[1] et *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé* (septembre 1999)[2]. Il souligne l'importance critique d'une approche sur la santé de la population qui met l'accent sur les déterminants clés du développement sain des adolescents. Le travail s'appuie sur les données présentées dans le rapport *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*[3]. Sauf indication contraire, les données présentées dans le présent document proviennent de ce rapport.

Les secteurs de l'éducation, de la santé et des services sociaux représentent les principaux points d'accès pour les adolescents et leurs familles. Bon nombre d'occasions précieuses s'offrent au secteur de la santé pour prendre action à travers les disciplines de la santé et de concert avec d'autres secteurs et d'autres ressorts afin d'améliorer la santé et le bien-être des adolescents pour mieux satisfaire à leurs besoins et à ceux de leurs familles.

3.0 Contexte du présent rapport

L'investissement dans le développement des adolescents permet aux gouvernements de protéger leurs investissements antérieurs et de prendre appui sur eux dans le développement des jeunes enfants et aussi de contribuer à une stratégie globale qui soutient le développement sain tout au

a Le Programme d'action nationale pour les enfants a été élaboré par le Conseil des ministres F-P-T sur la refonte des politiques sociales et les Organismes autochtones nationaux. Le Québec est d'accord avec les objectifs du Programme d'action national pour les enfants. Cependant, le gouvernement du Québec a décidé de ne pas participer à son élaboration puisqu'il désire contrôler de façon absolue les programmes visant les familles et les enfants à l'intérieur de son territoire. De plus, le Québec n'a pas signé l'Entente-cadre sur l'union sociale. En conséquence, toute référence aux positions communes F-P-T dans le présent document n'inclut pas le Québec.

long de la vie. Bien que la santé des adolescents est un élément clé du tissu social et économique de la société, les besoins de développement des adolescents sont souvent absents des politiques publiques et se manifestent le plus souvent lorsque les adolescents adoptent des comportements inquiétants. Des coûts importants sont imputés aux particuliers, aux familles, aux collectivités et aux gouvernements lorsque les adolescents ne réussissent pas à franchir sainement les étapes de la jeune enfance à l'âge adulte.

Lors des différentes étapes du développement, de nouvelles possibilités peuvent influer sur le développement futur et aider à surmonter les désavantages antérieurs. L'adolescence représente une de ces possibilités et ne devrait être ni perdue ni laissée au hasard.

3.1 L'approche axée sur la santé de la population

Une approche axée sur la santé de la population est essentielle pour aborder les déterminants clés du développement sain des enfants et des adolescents. ***La santé de la population*** reconnaît que plusieurs facteurs, en plus du système de santé lui-même, influent sur la santé de façon marquée. Ces facteurs, connus comme étant les ***déterminants de la santé***, comprennent : le revenu et l'état social, les réseaux de soutien social, l'éducation, le conditions de vie et de travail, les milieux physiques, les capacités biologiques et génétiques, les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation, le développement sain des enfants, les services de santé, la différence entre les sexes et la culture. Un cadre de travail fondé sur les déterminants de la santé examine l'interaction de tous ces facteurs visant à influer sur la santé des particuliers, des familles, des collectivités et de la société.

> « [Puisque] *d'importantes inégalités dans le domaine de la santé... sont associées aux facteurs sociaux, économiques et culturels, un cadre de travail fondé sur les déterminants de la santé contribue à la réciprocité dynamique de plusieurs autres facteurs dont le simple bon sens nous en indique l'importance* ».
>
> Fraser Mustard, *Les déterminants de la santé*, Institut canadien des recherches avancées, 1991

Un lien manifeste existe entre le niveau de revenu, l'éducation et l'état de santé. Les riches sont en meilleure santé que la classe moyenne qui, en retour, est en meilleure santé que les pauvres. En tant qu'adultes, les personnes plus instruites sont en meilleure santé que les personnes moins instruites, et les personnes qui ont un emploi sont en meilleure santé que les personnes en chômage. La différence entre les sexes influe fondamentalement sur la santé et interagit avec les autres déterminants. Les adolescentes sont susceptibles de commencer à fumer plus tôt que les adolescents[4]. Les adolescents sont plus prédisposés aux accidents[5] et aux problèmes de comportement[6] que les adolescentes. Une approche

axée sur la santé de la population permet d'améliorer l'interaction de ces déterminants, entraînant ainsi des résultats sains pour les particuliers, les familles, les communautés et la société.

3.2 La collaboration intersectorielle

Il y a eu un regain de l'importance des recherches axées sur les façons de lier les différents secteurs qui influent sur le développement des adolescents. « L'action intersectorielle permet d'unir les forces, les connaissances et les moyens nécessaires pour comprendre et solutionner des questions complexes pour lesquelles les solutions sont au-delà des capacités et de la responsabilité d'un seul secteur[7] ». Les secteurs de la santé, de l'éducation, des services sociaux, les secteurs récréatifs, culturels, juridiques et les secteurs du logement ont plusieurs occasions de mettre en œuvre des stratégies réciproques afin de réaliser des objectifs communs. Parmi les avantages éventuels importants découlant de la collaboration, l'on reconnaît la « capacité améliorée d'attaquer et de régler des problèmes sociaux et des problèmes de santé complexes qui ont échappé aux secteurs individuels pendant des décennies; la mise en commun des ressources, des connaissances et de l'expertise permettant aux partenaires de traiter les problèmes de façon plus efficace; la réduction du dédoublement des efforts ainsi que des façons nouvelles de travailler en commun permettant aux partenaires de contribuer aux améliorations liées à la cohésion sociale, à l'accroissement des possibilités visant un développement humain durable et une société plus dynamique et vivante »[7].

Les secteurs de l'éducation, des services sociaux et d'autres secteurs doivent participer aux initiatives visant à promouvoir la santé et le bien-être des adolescents. Puisque la plupart des jeunes consacrent une grande partie de leur temps dans le milieu scolaire, le secteur de l'éducation joue un rôle important dans le développement sain des adolescents et est un partenaire clé dans l'élaboration des stratégies à l'intention des jeunes et de leurs familles. Le secteur des services sociaux est un autre important partenaire, plus particulièrement dans son rôle de soutien aux adolescents qui vivent des difficultés familiales.

Chaque secteur est responsable d'initier des discussions et de faire preuve de leadership afin d'engager les autres secteurs dans un effort collectif visant à mieux satisfaire aux besoins des adolescents. Partout au pays, et dans chacun des secteurs, des activités ont été mises sur pied afin de restructurer les ministères du gouvernement, de modifier leur façon de travailler ensemble et/ou de réorienter les programmes et les services subventionnés par l'État. Le réaménagement des gouvernements crée de nouvelles occasions pour les secteurs de travailler en commun. Le secteur de la santé étant axé sur les déterminants de

la santé, il est bien positionné pour agir comme catalyseur en vue de l'identification des politiques, de la planification, de la prestation des services et de la recherche liés aux besoins de santé et de développement des adolescents.

3.3 La participation des jeunes

Plusieurs consultations auprès des jeunes ont confirmé leur désir d'influer sur les décisions qui sont prises pour eux et qui les concernent. Toutefois, il existe souvent des écarts importants entre ce que les particuliers, les familles, les communautés et les gouvernements identifient comme questions clés à l'intention des jeunes, et ce que les jeunes perçoivent comme étant important. Les gouvernements et les responsables de l'élaboration des politiques sont d'accord que, pour combler cet écart, les jeunes doivent participer à l'identification des problèmes et des solutions, et ils doivent aussi participer à l'élaboration des politiques et des programmes liés à leur santé et à leur bien-être.

> *« Les jeunes méritent d'être aimés et respectés pour qui ils sont. En tant que pays humanitaire et productif, le Canada a investi dans son avenir, et les jeunes sont au centre de cet investissement. »*
>
> Comité consultatif F-P-T sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, 1999

Le point de vue des adolescents est important et ne doit pas être négligé. Trois éléments clés contribuent à développer la capacité des jeunes et à les aider à devenir des adultes en santé : apprécier et respecter les jeunes; soutenir les jeunes dans le perfectionnement de leurs connaissances et de leurs habiletés à prendre des décisions, et créer des avenirs positifs pour les jeunes[8]. Les décideurs et les fournisseurs de services doivent essentiellement créer des occasions permettant aux jeunes de participer activement à l'élaboration des décisions et des politiques qui les touchent.

4.0 Qui sont-ils?

Quoique la période de l'adolescence touche généralement les jeunes de 13 à 18 ans, l'âge chronologique de plusieurs « adolescents » les situe à l'extérieur de ces plages d'âge traditionnelles. Bien que ces jeunes soient âgés de seulement 10 ans ou de plus de 18 ans, ils se présentent et se comportent comme des adolescents.

L'adolescence est une étape de la vie caractérisée par de fortes poussées de croissance et de développement. L'aspect physique des adolescents change rapidement avec des augmentations de taille pouvant atteindre 25 p. 100 et des augmentations de poids pouvant atteindre 100 p. 100. En plus de leur développement physique et sexuel, les adolescents acceptent plus de responsabilités

relatives aux prises de décisions et deviennent plus indépendants. Les relations avec leurs parents et leurs amis prennent de nouvelles dimensions.

L'adolescence est une étape importante pour le développement de l'estime de soi. Les adolescents commencent à se définir par rapport à leur communauté, à leur culture et à leur capacité d'influer sur leur avenir. Ils développent des aptitudes sociales et civiques. Ils apprennent à communiquer leurs idées et à exprimer leurs sentiments de façon efficace. Ils perfectionnent leur capacité de régler des conflits. Ils tentent de faire des contributions significatives et de déterminer le fonctionnement de leur communauté et de leur école en mettant l'accent sur les questions sociales locales ou sur les plus grandes questions se rapportant aux aspects de la vie sociale qui auront un effet sur leur avenir. Ils ont une passion et une nouvelle sensation de pouvoir personnel qui doivent être exprimées.

Alors qu'ils s'adonnent aux études, qu'ils développent des habiletés académiques et des habitudes personnelles importantes dans le cadre de l'éducation continue et de la participation à la population active, les adolescents consacrent une grande partie de leur temps à l'école. Les adolescents tentent de trouver leur propre identité et analysent certaines questions telles que « Qui suis-je? », « Comment puis-je changer les choses avec lesquelles je ne suis pas d'accord? » et « Qu'est-ce que j'aimerais devenir? ». À la recherche de leur identité, les adolescents commencent à découvrir des comportements nouveaux. Ils développent des valeurs personnelles et la capacité de faire des choix sains en ce qui a trait à la sexualité, à la consommation d'alcool, du tabac et d'autres drogues, aux habitudes alimentaires, à l'activité physique, ainsi qu'aux relations avec les autres. Les parents, les enseignants, les médias/communications influent sur la façon dont les jeunes perçoivent les risques qu'ils ont à prendre et les modes de vie qu'ils doivent développer. La culture et la différence entre les sexes influent particulièrement sur la formation de leur identité. Un besoin profond d'appartenance caractérise aussi l'adolescence. Les normes des groupes de pairs, les croyances et les comportements influent de façon marquée sur les choix et le développement.

Si tous les adolescents sont vulnérables et doivent affronter un certain degré de risque, certains risquent cependant davantage d'être malades en raison de l'effet cumulatif des facteurs de risque multiples[9]. Quoique certains facteurs liés à l'environnement et aux antécédents des jeunes augmentent le risque de problèmes pour les adolescents (par exemple, la pauvreté, la violence familiale), d'autres facteurs protègent et soutiennent les jeunes afin qu'ils puissent surmonter ces problèmes (par exemple, les parents efficaces, les rapports positifs avec les pairs). Le secteur de la santé peut contribuer de façon significative à la santé et au bien-être des adolescents canadiens en améliorant les conditions qui stimulent le développement humain sain et qui favorisent la résilience, permettant ainsi à un plus grand nombre d'adolescents vulnérables de devenir des adultes prospères et en santé.

Voici, en bref, les faits qui caractérisent les adolescents canadiens d'aujourd'hui :

4.1 La population

- En 1998, 4 069 981 jeunes étaient âgés de 10 à 19 ans et représentaient 13,4 p. 100 de la population. De ce nombre, 51 p. 100 (2 088 886) étaient des garçons et 49 p. 100 (1 981 095) étaient des filles[10].

- En 1996, 157 340 jeunes Autochtones étaient âgés de 10 à 19 ans, ce qui représentait 19,6 p. 100 de la population autochtone globale (y compris les personnes qui s'identifient volontairement comme des Indiens d'Amérique du Nord, des Métis, des Inuits ou d'autres)[11].

- Selon le recensement de 1996, environ 13 p. 100 des jeunes âgés de 10 à 19 ans faisaient partie d'une minorité visible[11].

4.2 La structure familiale

- En 1996, la plupart des jeunes de 10 à 19 ans vivaient avec deux parents, qui étaient soit mariés, soit en union libre. Environ 77 p. 100 vivaient avec deux parents alors que 17 p. 100 vivaient dans des familles monoparentales[11].

- Environ 30 p. 100 des enfants autochtones de 15 ans ou moins vivent dans une famille monoparentale[12].

4.3 L'endroit où ils vivent

- En 1996, la plupart des jeunes (environ 75 p. 100) âgés de 10 à 19 ans vivaient dans des régions urbaines. Bien que 97 p. 100 des jeunes faisant partie de minorités visibles vivaient dans des centres urbains, seulement 47 p. 100 des jeunes Autochtones vivaient dans des régions urbaines[11].

- Dans la plupart des villes, les jeunes sans abri représentent environ 10 à 30 p. 100 de la population des sans-abri et le nombre de jeunes sans abri semble à la hausse[13].

- En 1996, plus d'un enfant autochtone sur 10 vivait ailleurs qu'avec ses parents ce qui représente un taux d'environ sept fois plus que les enfants non autochtones[12].

- En 1997, 19,6 p. 100 des enfants de moins de 18 ans vivaient dans la pauvreté[14].

- Les jeunes Autochtones sont 1,9 fois plus susceptibles de vivre dans une famille à faible revenu que tout autre jeune Canadien et Canadienne[12].

- En 1997, le taux de pauvreté chez les jeunes filles âgées de 18 à 24 ans était de 26,6 p. 100; chez les garçons, le taux était de 20,2 p. 100[14].

4.4 La langue

- En 1996, 8,1 p. 100 des jeunes âgés de 15 à 24 ans vivaient dans des familles qui ne parlaient aucune des deux langues officielles à la maison[15].

4.5 Les jeunes ayant une déficience

- En 1991, la plus récente année où l'on a procédé à la collecte de données nationales, quelque 166 400 jeunes âgés entre 10 et 14 ans ont déclaré avoir une déficience. De ce nombre, 100 700 étaient des garçons (10,6 p. 100) et 65 700 étaient des filles (7,3 p. 100)[16].

5.0 Comment se portent-ils?

Il est essentiel de comprendre la situation courante et de découvrir les changements qui ont eu lieu au fil du temps, en vue de considérer des stratégies visant à améliorer la santé éventuelle des adolescents. La section suivante identifie d'importants domaines de la santé et du bien-être chez les adolescents au moyen d'une approche axée sur les déterminants de la santé.

5.1 Le développement sain des enfants

- En 1994-1995, la majorité des enfants et des jeunes au Canada jouissaient d'une bonne santé physique, émotive et sociale[17].

- Lors des trois premières années de la vie, 90 p. 100 du développement cognitif est atteint alors que, pendant ces mêmes années, la croissance physique n'atteint que 15 à 20 p. 100[18].

- En 1996-1997, 15 p. 100 des enfants arrivaient à l'école avec de faibles résultats cognitifs et 14 p. 100 marquaient des résultats élevés sur les évaluations indiquant un problème de comportement éventuel[3].

5.2 Les services de santé

- Même si les professionnels de la santé ont auparavant joué un rôle important et valable dans le milieu scolaire, la prestation directe des services de santé dans les écoles a beaucoup diminué[19].

- Les adolescents sont moins susceptibles de demander de l'aide auprès d'un professionnel (par exemple un professionnel de la santé, un enseignant ou un membre du personnel de l'école) pour résoudre certains problèmes (par exemple, lorsqu'ils sont déprimés, lorsqu'ils ont des problèmes de drogue ou d'alcool ou des problèmes avec des amis ou avec la famille)[20].

- Au Canada, seulement un enfant sur six qui souffre de santé mentale bénéficie des services de santé mentale[21].

5.3 Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation

- Malgré la faible augmentation du taux de consommation du tabac chez les adolescents entre 1994 et 1997, les filles âgées de 12 à 17 ans continuaient de fumer à des taux beaucoup plus élevés que les garçons du même âge pendant cette même période.

- Les adolescents n'utilisent pas des condoms régulièrement, et plusieurs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles spontanées après avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues.

- La polytoxicomanie a réapparu chez les adolescents pendant les années 1990.

- Le taux de grossesse chez les adolescentes a augmenté de 41 pour 1 000 en 1987 et de 47 pour 1000 en 1995.

- Depuis le début des années 1990, le taux de suicide chez les jeunes de 10 à 14 ans a augmenté de façon marquée[22].

5.4 L'environnement social

- En 1996-1997, les adolescents et les jeunes adultes représentaient le groupe d'âge le plus apte à déclarer avoir reçu un niveau de soutien élevé.

- Le taux de bénévolat des adolescents auprès des organismes charitables a augmenté considérablement, passant de 18 p. 100 en 1987 à 33 p. 100 en 1997.

- Même si l'adolescence se caractérise par une indépendance grandissante par rapport aux parents, la proportion de jeunes adultes de 20 à 24 ans qui demeurent toujours avec leurs parents a augmenté de 43 p. 100 en 1981 à 57 p. 100 en 1996[23].

5.5 L'éducation

- Les adolescents qui ont des liens solides avec l'école sont moins susceptibles d'adopter des comportements qui mettent davantage leur santé à risque[20].

- Même si la plupart des étudiants déclarent être en sécurité à l'école, une faible augmentation du taux de comportement intimidant a été enregistrée entre 1994 et 1998[24].

- Quoiqu'il n'y ait actuellement aucune donnée conjoncturelle nationale, l'absentéisme scolaire augmente à chaque niveau de scolarité. En 1998, 20 p. 100 des filles et 22 p. 100 des garçons en 10e année se sont absentés pendant au moins trois jours au courant d'un trimestre[24].

5.6 Le revenu

- En 1997, les jeunes âgés de 15 à 24 ans affichaient le plus haut taux de chômage[25].

- En 1996, les enfants de moins de 18 ans étaient les plus aptes (21 p. 100) à être classés dans la catégorie à faible revenu[25].

5.7 L'environnement physique

- Entre 1990 et 1998, les étudiants de la sixième à la dixième année ont diminué leur consommation d'aliments nutritifs et ont augmenté leur consommation d'aliments moins nutritifs[24].

- En 1995, environ 1,4 million d'enfants au Canada ont été exposés à la fumée de tabac (secondaire indirecte) et ambiante dans leurs maisons.

5.8 Les capacités biologiques et génétiques

- Environ 37 p. 100 des adolescents et 33 p. 100 des adolescentes entre 12 et 14 ans ont déclaré souffrir d'affectionschroniques (par exemple, l'asthme et le trouble déficitaire de l'attention)[26].

6.0 Comment connaître leur état?

Selon toute vraisemblance, après l'adolescence, les personnes doivent assumer les responsabilités qu'entraîne la vie d'adulte. Selon la tradition, le fait de se joindre à la population active marque l'arrivée d'une jeune personne à l'âge adulte. Aujourd'hui, les jeunes qui progressent à l'âge adulte le font dans un environnement bien différent de celui de leurs parents puisque l'accès à des emplois à temps plein, valables et bien rémunérés a beaucoup diminué. En conséquence, plusieurs jeunes Canadiens vivent plus longtemps avec leurs parents, se marient plus tard et attendent plus longtemps avant de devenir parents.

La progression à l'âge adulte est une période complexe et incertaine pour les adolescents. En raison de conditions défavorables, certains adolescents nécessiteront un soutien supplémentaire afin de développer les compétences sociales, émotives et comportementales attendues des jeunes adultes. Les adolescents qui sont bien préparés à l'âge adulte ont les connaissances et les habiletés nécessaires à[27] :

6.1 Gérer leur santé et leur mieux-être personnels

Chacun prend des décisions qui sont significatives de leurs résultats de santé pour la vie. Les jeunes qui sont prêts à faire des choix sains en ce qui a trait à la nutrition, à l'exercice, à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ainsi qu'à la sexualité jouiront d'une plus grande santé physique et mentale. Les jeunes qui ont développé des habiletés d'adaptation pourront s'adapter aux défis de la vie de façon positive.

6.2 Développer des relations intimes et la vie familiale

Des relations positives avec leurs pairs, les membres de leur famille et d'autres adultes préparent les jeunes à l'intimité et à la vie familiale. Les jeunes qui ont une estime de soi positive, de bonnes habiletés à prendre des décisions, de l'autonomie et un sentiment d'engagement émotif sont plus aptes à jouir de bonnes relations intimes.

6.3 Participer à la population active

Les jeunes qui ont réalisé leur potentiel éducatif et acquis les habiletés, l'expérience et les habitudes de travail nécessaires peuvent participer plus efficacement à la population active. En raison du dynamisme économique, les jeunes doivent être prêts à s'engager à un apprentissage à long terme, à développer des compétences en gestion d'entreprise et à s'adapter de façon continue aux possibilités et aux attentes de la population active.

6.4 Participer à la vie communautaire

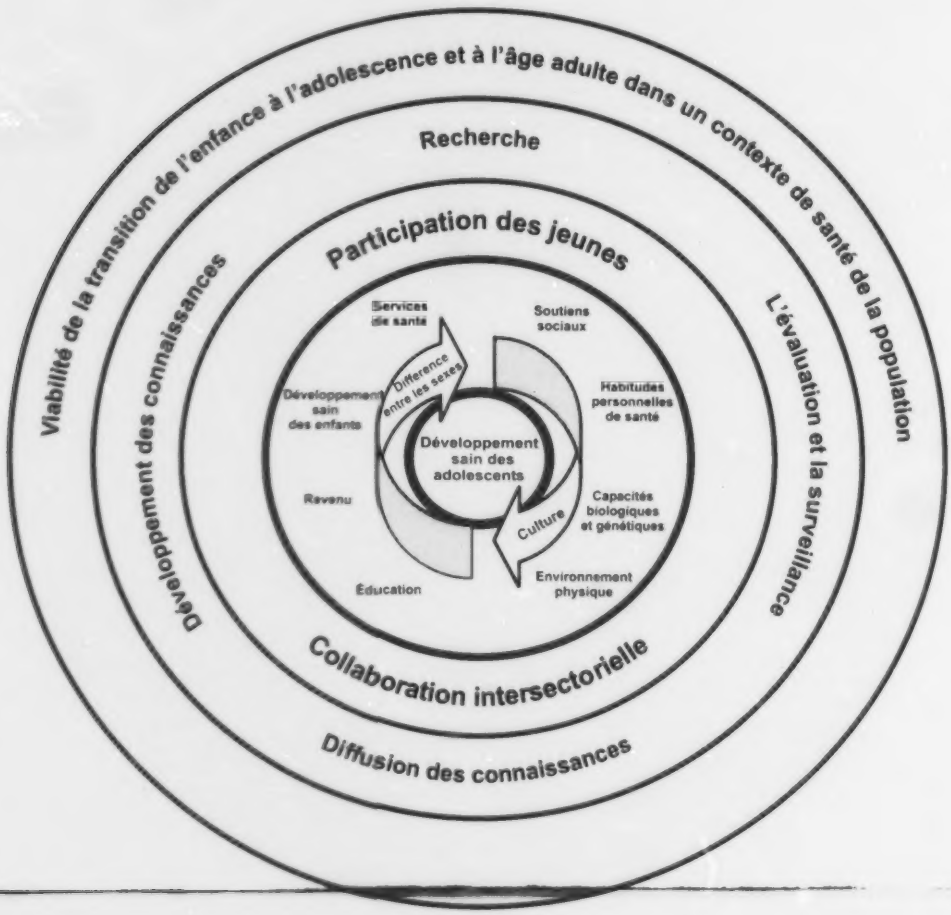
La participation aux réseaux sociaux sert de mesure de protection contre les problèmes de santé et crée un sentiment de bien-être. Les jeunes qui participent à des activités de leadership et à des services communautaires auront l'occasion de développer les compétences et les attitudes nécessaires pour contribuer efficacement à leur communauté. Une telle participation peut engendrer la santé des personnes et des communautés.

7.0 Les facteurs qui influent sur le développement des adolescents et sur les résultats relatifs à la santé

Certains déterminants de la santé influent plus particulièrement sur le développement des adolescents en santé, y compris le système de santé; les réseaux de soutien sociaux (les familles, les pairs, la communauté); le système d'éducation, les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation; l'environnement socio-économique; l'environnement physique et la capacité biologique et génétique. D'autres facteurs, tels que la culture et la différence entre les sexes, sont de puissants déterminants qui agissent dans tous les milieux.

Le cadre de travail suivant met en lumière l'interaction dynamique des déterminants qui influent sur la santé. Afin que les adolescents présentent de bons résultats de santé, la collaboration entre les secteurs et la participation des jeunes dans les décisions qui touchent leur santé et leur bien-être doivent être mis en œuvre. Les mécanismes fournissant une base d'expérience solide qui permet de mieux comprendre et d'agir par rapport à l'interaction de ces déterminants sont aussi un élément essentiel qui appuie la viabilité de la santé tout au long de la vie.

Cadre de travail relatif au développement sain des adolescents



7.1 Le développement sain des enfants

L'importance du développement des enfants et des jeunes en santé par rapport à une bonne santé future est bien documentée. Plus particulièrement, les expériences prénatales et les expériences de première enfance ont de puissants effets sur la santé à long terme. Les bons soins, la bonne alimentation et la bonne santé dès les premières années créent le fondement nécessaire à un développement cognitif positif.

Le développement sain des enfants influence grandement les autres déterminants de la santé qui à leur tour influent sur le développement. Les enfants qui vivent dans des familles à faible revenu, dans des logements médiocres ou qui sont exposés au tabac et/ou à l'alcool *in utero* sont plus à risque de développer une piètre santé. Les enfants sont plus susceptibles d'atteindre des résultats de santé positifs à l'âge adulte s'ils sont exposés à de bons soins dès leur jeune âge (par exemple, les parents qui lisent avec leurs enfants), s'ils ont établi des liens sûrs et s'ils sont disposés à apprendre au moment où ils entrent à l'école[28].

7.1.1 Le développement des jeunes enfants

La période de développement jusqu'à l'âge de six ans est fondamentale à la santé et au développement futur. Le développement cognitif s'effectue rapidement et de façon intensive dans les trois premières années de la vie. Le développement cognitif atteint 90 p. 100 dans les trois premières années de la vie, tandis que le développement physique atteint seulement 15 à 20 p. 100 pendant ces mêmes années[18]. Des billions de synapses se développent en réponse aux stimuli que l'environnement transmet au cerveau du bébé. Ainsi, l'équilibre des entrées au cerveau est essentiel pendant la jeune enfance[29].

Si les expériences négatives pendant les premières années ont des effets à long terme qui seront difficiles à surmonter plus tard, une bonne alimentation et des bons soins entraînent par contre un développement précoce optimal au niveau cognitif et physique, ainsi qu'un meilleur développement futur en ce qui a trait à l'apprentissage et au comportement. Il existe de plus en plus de preuves que les enfants et leurs familles bénéficient de programmes de qualité sur le développement des jeunes enfants et qui incluent la participation des parents[28].

En septembre 1999, les ministres de la santé F-P-T ont publié un document de travail intitulé *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé*[2]. Le document offre une récapitulation des connaissances concernant le développement des jeunes enfants, étudie les contributions du secteur de la santé relatives à la santé générale des enfants du Canada et identifie les domaines dans lesquels le secteur de la santé peut emboîter le pas ou peut contribuer de façon marquée au développement sain des jeunes enfants. La description d'un système intégré de services et de soutiens offerts aux jeunes enfants et aux parents en milieu communautaire est un des éléments de discussion importants. D'autres domaines qui méritent un investissement comprennent l'accès à des soins de santé et à des services de santé publics de

qualité, l'éducation des parents, le développement et le soutien des habiletés, la prévention des blessures et l'hygiène du milieu, ainsi que la recherche, l'évaluation et la surveillance.

Afin de veiller à ce que les enfants soient prêts à effectuer la transition à l'adolescence, il est essentiel que les jeunes enfants et leurs familles puissent profiter des soutiens et des services nécessaires au fondement de la santé pour toute la vie.

Occasions d'action :

- Continuer à participer activement au Programme d'action national pour les enfants.

- Renforcer les approches intergouvernementales et intersectorielles relatives au développement des jeunes enfants comme il a été recommandé dans le document intitulé *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé.*

7.2 Les services de santé

Les services de santé contribuent de façon importante à la santé de la population, plus particulièrement les services qui maintiennent et encouragent la santé et qui préviennent la maladie et les blessures. Les services qui renseignent les adolescents sur les risques liés à la santé (par exemple, les grossesses chez les adolescentes, les infections transmissibles sexuellement [ITS], la consommation du tabac) et sur les choix sains (par exemple, le port des ceintures de sécurité et des casques de vélo) et les services qui encouragent les jeunes à adopter des habitudes de vie saines (par exemple, l'alimentation, l'exercice) contribuent de façon vitale à la santé des adolescents et à une santé continue pendant la vie entière.

Un système de soins de santé universel solide est essentiel à l'obtention de bons résultats en matière de santé. Des actions sont nécessaires dans trois domaines prioritaires afin d'améliorer les expériences que vivent les adolescents lorsqu'ils accèdent aux soins de santé et aux services de santé publique. Ces actions incluent l'accessibilité et la disponibilité des services, la confidentialité ainsi que des services conviviaux, axés sur les jeunes.

7.2.1 L'accessibilité et la disponibilité des services

Les adolescents éprouvent parfois des difficultés à accéder aux services dont ils ont besoin. À titre d'exemple, le taux de certaines maladies mentales est élevé

chez les adolescents (par exemple, la dépression, l'anxiété, les troubles alimentaires); cependant, le nombre d'adolescents traités et le nombre de services offerts est souvent très faible. Les jeunes avouent que le faible taux d'utilisation des services de santé mentale est attribuable au harcèlement, à la peur, à la stigmatisation et aux pressions par les pairs. Certains adolescents ne sont pas acceptés à un programme parce qu'ils sont considérés trop jeunes et/ou ne satisfont pas aux critères d'admissibilité d'un programme en particulier (par exemple, les programmes de patients hospitalisés pour le traitement en matière d'alcoolisme ou de toxicomanie). Les obstacles linguistiques et culturels sont aussi attribuables aux difficultés d'admissibilité de certains adolescents. Plusieurs services n'existent tout simplement pas pour les adolescents qui demeurent dans des communautés rurales, éloignées ou dans les réserves.

Occasions d'action :

- Développer, en partenariat avec les jeunes et d'autres secteurs, des modèles de soins de santé alternatifs axés sur les besoins des adolescents (par exemple, des services axés sur les jeunes qui sont offerts par l'entremise de cliniques pour adolescents, de services d'extension, de services à l'école, de services dans les mails) afin d'éliminer les obstacles qui empêchent l'accès aux services.

- Accroître l'accès et la disponibilité des services aux adolescents dans les régions rurales et éloignées, ainsi que dans les collectivités autochtones, tant dans les réserves qu'ailleurs.

- Examiner les façons d'accroître l'accès aux services non assurés (les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires, les contraceptifs, les soins optiques).

7.2.2 La confidentialité

Les jeunes sont très préoccupés par la confidentialité. Pendant l'adolescence, les jeunes assument davantage d'indépendance. Ce processus comprend en partie une plus grande indépendance en ce qui touche les décisions liées à leur santé, y compris quand, où et comment ils accéderont aux renseignements, aux programmes et aux services de santé. Lorsque les jeunes communiquent avec le système de soins de santé, la confidentialité n'est pas toujours assurée. Les règlements provinciaux et territoriaux, les lois et les directives cliniques peuvent entraîner le refus d'un service à certains adolescents, sauf s'ils ont la permission explicite d'un parent ou d'un tuteur.

Occasions d'action :

- Améliorer la confidentialité des jeunes à l'intérieur du système de soins de santé en utilisant de nouvelles technologies qui favorisent l'auto-accès (par exemple, l'accès aux renseignements et aux services de santé dans des endroits non traditionnels comme les mails, le réseau Internet, télé-santé, les centres récréatifs, les haltes-accueils, les écoles).

- Retirer les obstacles législatifs, réglementaires et les obstacles cliniques qui limitent l'accès aux services et aux soutiens de santé en raison de l'âge et/ou de questions de consentement.

7.2.3 Des services conviviaux axés sur les jeunes

Lorsqu'on a demandé aux adolescents d'identifier les personnes à qui ils se confieraient au sujet de problèmes comme la dépression et la consommation de drogues ou d'alcool, ils ont placé les professionnels (par exemple, les professionnels de la santé ou les enseignants et/ou les membres du personnel de l'école) au dernier rang suivant les pairs et les parents. Toutefois, lorsque les adolescents ont des besoins de contraception, les professionnels sont en tête de liste[20]. Quoique les raisons qui motivent les adolescents à rechercher de l'aide soient complexes, leur réticence à approcher les professionnels de la santé est peut-être liée à l'inaccessibilité des professionnels (par exemple, en dehors des heures régulières d'enseignement) ou parce que plusieurs professionnels de la santé sont mal à l'aise de travailler avec des adolescents et/ou n'ont pas la formation requise en ce qui touche le développement des adolescents. Un système de santé qui est sensible aux jeunes et qui répond bien à leurs besoins en matière de santé (par exemple la sexualité, la santé génésique, la santé mentale) est primordial.

Le fait que beaucoup plus de jeunes vivent dans leurs familles et vont à l'école dans leur communauté est attribuable aux progrès des traitements médicaux, de la technologie et des services de soutien. La promotion du développement sain de ces adolescents et le soutien de ces jeunes alors qu'ils assument la responsabilité de leur santé représentent des défis uniques.

Il est important de mettre en œuvre des approches culturelles pertinentes afin de résoudre les questions de santé que doivent affronter les adolescents. Par exemple, l'infrastructure traditionnelle qui aurait soutenu les jeunes Autochtones a été détruite. Les rôles des familles élargies et les traditions de conseils provenant des femmes et des hommes plus âgés de la communauté ont aussi été grandement

réduits. Des services culturels appropriés doivent être élaborés en coordination avec ces groupes afin de s'assurer que les services sont adaptés aux jeunes.

Très peu de services de santé et de services sociaux ont été mis sur pied à l'intention des jeunes marginaux. La prestation des services aux jeunes marginaux est particulièrement importante puisque ces jeunes sont souvent sujets à des risques de santé élevés et à des résultats de santé négatifs à long terme. Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin de réduire les difficultés éventuelles que devra subir cette population tout au long de la vie.

Les services doivent être compatibles afin de permettre aux adolescents d'accéder aux renseignements, aux soutiens et aux services qui sont appropriés à leur stade de développement et à leur façon d'apprendre. Cela s'applique particulièrement aux jeunes immigrants et aux jeunes réfugiés qui s'adaptent à un nouveau pays et à une nouvelle culture tout en s'attaquant aux tâches qu'entraîne le développement de l'adolescence.

Occasions d'action :

- Inciter les jeunes, surtout les jeunes marginaux, à participer à la détermination des questions de santé qui s'appliquent à eux afin de s'assurer que les services sont accessibles et appropriés.

- Élaborer et mettre en œuvre des politiques de santé complètes à l'intention des adolescents, incluant les perspectives ethnoculturelles et la différence entre les sexes.

- Appuyer la création de comités interinstitutionnels et multisectoriels dans les communautés afin de se concentrer essentiellement sur les défis que présentent la santé et les comportements chez les adolescents, tout en concentrant plus particulièrement les efforts sur le changement d'attitudes par rapport aux groupes stigmatisés (par exemple, les groupes qui sont victimes de racisme, les personnes handicapées, les victimes de violence, les jeunes homosexuels, bisexuels et les lesbiennes) afin de rejoindre les jeunes qui présentent un risque élevé et de s'assurer de la confidentialité.

- Intégrer aux plans de cours la santé et le développement des adolescents comme un élément distinct à l'intention des professionnels de la santé qui sont en formation et en formation continue.

7.3 Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adaptation

Une gamme étendue d'habitudes personnelles de santé influe sur la santé de chacun. Au moment de l'adolescence, les jeunes commencent à prendre des décisions importantes liées à leurs valeurs personnelles, à leur mode de vie, à la consommation d'alcool et d'autres drogues, à la sexualité et à d'autres comportements. La promotion de la santé et les stratégies de prévention dans ces domaines sont nécessaires afin de s'assurer que les adolescents prennent des décisions éclairées concernant leur santé, qu'ils réduisent les préjudices et qu'ils évitent les problèmes coûteux. Par contre, lorsque les adolescents éprouvent des difficultés, les services doivent être en place pour répondre à leurs besoins particuliers en temps utile.

Les adolescents utilisent différentes stratégies en vue de comprendre et de surmonter les défis auxquels ils font face. Il est normal que les jeunes mettent plusieurs comportements à l'essai. Ainsi, ils ont besoin de renseignements précis afin d'apprendre les habiletés nécessaires qui leur permettront de développer leur identité personnelle et de satisfaire aux exigences et aux défis de tous les jours. Les jeunes sont plus aptes à prendre des risques intelligents et à agir de façon à améliorer leur santé et leur bien-être lorsque les parents, les pairs, les écoles et les communautés collaborent pour s'assurer que les choix sains sont les plus faciles à faire. Ils doivent aussi obtenir les renseignements pertinents relatifs à leur propre développement afin de reconnaître tant un comportement classique qu'un comportement qui dépasse les normes. En dernier lieu, des ressources et des services doivent être à leur disposition et ils doivent y avoir accès. L'éducation et le soutien des adolescents leur permettent de mettre à l'essai de nouveaux comportements de façon saine et appropriée.

Occasions d'action :

- Mettre en application, en collaboration avec d'autres secteurs, des stratégies qui rendent les choix sains ceux qui sont les plus faciles à faire.

- Inciter les jeunes à participer aux campagnes d'information et aux programmes de prévention.

- Élaborer et mettre en oeuvre avec d'autres secteurs, des stratégies qui visent à réduire les préjudices et qui répondent aux comportements à risque chez les jeunes.

7.3.1 La consommation d'alcool, de tabac et de drogues

Au-delà de 90 p. 100 des adolescents ont déjà consommé de l'alcool avant d'atteindre la dixième année de scolarité[24]. En 1998, 43 p. 100 des adolescents et 42 p. 100 des adolescentes ont déclaré avoir été « très ivres » à plus de deux occasions. La consommation excessive d'alcool qui commence tôt dans la vie a été associée à des problèmes de santé tels que l'hépatite aiguë et la cirrhose, les blessures de la route et la mortalité. En 1996-1997, les adolescents de 18 et 19 ans étaient les plus susceptibles de conduire après avoir consommé trop d'alcool[25]. Les accidents d'automobile sont la principale cause de décès chez les adolescents au Canada.

Le taux de consommation de tabac a augmenté considérablement chez les adolescents, plus particulièrement chez les filles, dans les 10 dernières années. Les adolescentes sont maintenant plus susceptibles de fumer que les adolescents. Plusieurs jeunes filles avouent fumer pour alléger le stress[4]. Le taux de consommation de tabac est plus élevé chez les adolescents à faible revenu que chez les adolescents à tranche de revenu supérieur[30]. Dans certaines communautés, la consommation du tabac commence beaucoup plus tôt chez les enfants autochtones[31].

L'usage de drogues multiples chez les adolescents a réapparu pendant les années 1990. Le taux d'essai de drogues illicites telles que les hallucinogènes, les stimulants, les barbituriques, le cannabis et l'Ecstasy est plus élevé chez les jeunes et la consommation de cannabis augmente de façon marquée[32]. Certains jeunes continuent d'inhaler l'essence, la colle et d'autres produits. D'autres adolescents font des essais avec des médicaments sans ordonnance ainsi que des médicaments sur ordonnance.

La consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues (par exemple, les solvants, le cannabis) à un très jeune âge chez les populations autochtones ainsi que l'admission des enfants et des jeunes Autochtones dans les centres de traitement à un très jeune âge est une grande préoccupation. Les jeunes à faible revenu et les sans-abri présentent le taux le plus élevé de consommation de drogues[33].

Occasions d'action :

- Élaborer des programmes d'ensemble novateurs aux fins de dépistage, d'évaluation du risque et de traitement.

- Accroître l'application de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme, visant plus particulièrement à améliorer l'accès aux programmes et à mettre en application les programmes de prévention et de cessation de l'usage du tabac.

- Élaborer des services et améliorer l'accès aux programmes pour toxicomanes qui sont appropriés aux âges et sensibles aux différentes cultures (par exemple, les communautés rurales, les adolescents plus jeunes, les jeunes à faible revenu, les sans-abri, les jeunes Autochtones).

- Examiner l'efficacité des règlements existants par rapport à la publicité et à la vente du tabac et de l'alcool aux mineurs.

7.3.2 L'alimentation

La consommation d'aliments nutritifs et de repas équilibrés peut grandement améliorer les résultats de santé chez les jeunes. Bien qu'en 1998 plus de 75 p. 100 des jeunes en sixième année ont déclaré avoir consommé quotidiennement des fruits et des légumes, ce pourcentage a diminué à 70 p. 100 lorsqu'ils ont atteint la dixième année[24]. La même étude a démontré qu'entre 1990 et 1998 il y a eu une légère diminution dans la consommation d'aliments nutritifs et une augmentation dans la consommation d'aliments moins nutritifs (par exemple, les frites, les hamburgers, les hot dogs, les croustilles, le lait riche en matière grasse) de la sixième à la dixième année. Certains groupes de population ont de la difficulté à obtenir suffisamment de nourriture saine. Les ménages à faible revenu sont les plus susceptibles à avouer qu'ils n'ont plus de nourriture, à faire appel à une banque d'alimentation et à ne pas toujours avoir assez de nourriture. Les pénuries de vivres comportent un réel problème pour certaines collectivités autochtones et inuits. En 1998, au-delà de 250 000 enfants et jeunes de moins de 18 ans faisaient appel aux banques d'alimentation.

Occasions d'action :

- Travailler de concert avec le secteur de l'éducation afin d'améliorer les plans de cours liés à la nutrition et à la vie active.

- Travailler de concert avec les autres secteurs afin d'améliorer la sécurité alimentaire pour les jeunes qui vivent dans des ménages à faible revenu.

7.3.3 La santé mentale et les habiletés d'adaptation

La période de l'adolescence occasionne plusieurs changements et plusieurs défis qui ont une incidence sur le développement mental, émotif et spirituel des jeunes. Les changements, tant internes (qui font partie du processus de développement comme tel) qu'externes (sociaux, économiques et culturels), s'unissent pour créer des tensions inutiles chez les jeunes. Les récentes recherches présentent une image troublante du bien-être psychosocial des jeunes Canadiens. La proportion de jeunes qui se sentaient « très heureux » dans leur vie a diminué de façon marquée à compter de la sixième année (52 p. 100) à la dixième année (30 p. 100). Lorsqu'ils ont atteint la dixième année, plus d'un tiers des filles et un cinquième des garçons ont indiqué se sentir déprimés au moins une fois par semaine[24].

En 1994, la recherche démontrait que 25 p. 100 des jeunes de 15 à 24 ans répondaient aux critères correspondant à un problème de santé mentale[34]. Les données démontrent aussi que la période de l'adolescence est critique par rapport à la manifestation des troubles de santé mentale. Les jeunes Canadiens sont plus susceptibles de démontrer des niveaux élevés de stress, de détresse et d'afficher des signes de dépression[22]. Près de 22 p. 100 de la population canadienne âgée de 12 ans ou plus est soit déprimée, soit en détresse ou les deux[22]. Quoique les taux qui correspondent aux jeunes en particulier ne sont pas disponibles, les services de santé mentale touchent seulement un sur six enfants Canadiens ayant des problèmes de santé mentale[21].

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes Canadiens de 10 à 24 ans. Le taux élevé de suicides et de tentatives de suicide chez les jeunes Canadiens démontre clairement qu'il y a beaucoup à faire pour améliorer l'esprit d'initiative personnelle et créer des milieux favorables pour les jeunes. Les niveaux élevés et non proportionnels de suicide chez les jeunes Autochtones reflètent un besoin d'interventions multiples et culturelles appropriées.

Les jeunes pratiquent des stratégies d'adaptation qui sont axées sur les problèmes (par exemple, la recherche de soutien, la résolution de problèmes) et sur les émotions (par exemple, la fuite et l'évitement, l'acceptation des responsabilités). Les stratégies que les jeunes utilisent influencent le soutien qu'ils reçoivent et ralentissent l'effet des tensions sur leur santé et sur leurs comportements liés à la santé. Des études à long terme sur la résilience ont démontré que, malgré les défis et les vulnérabilités propres aux jeunes, ils ont les ressources et les capacités nécessaires pour surmonter ces défis pourvu qu'un milieu favorable et flexible leur ait été fourni[35]. Les facteurs et les processus de protection qui favorisent la résilience chez les enfants servent toujours à soutenir les adolescents de façon

efficace. Ces données sont importantes par rapport aux interventions auprès des jeunes puisqu'elles suggèrent fortement que les approches qui favorisent la résilience ne devraient pas être intermittentes, mais doivent plutôt être disponibles à chacune des étapes du développement.

Occasions d'action :

- Élaborer un modèle de mise en œuvre et une infrastructure applicables à un service de santé mentale qui est multidisciplinaire et qui peut favoriser la promotion de la santé mentale ainsi que les processus d'identification précoce, d'évaluation et de traitement à l'intention des adolescents.

- Accroître l'accès aux services de santé mentale axés sur les jeunes (par exemple, l'intervention d'urgence, le counseling, les programmes de soutien par les pairs).

- Accroître l'accès aux programmes de santé mentale favorables qui soutiennent et qui renseignent les jeunes dans des domaines tels que l'auto-assistance, l'auto-responsabilité, les habiletés d'adaptation, l'estime de soi, comment favoriser, entretenir et améliorer la santé mentale, et qui leur apprennent quand et comment demander de l'aide concernant des problèmes comme la dépression et l'anxiété.

- Élaborer des initiatives de mentorat, de counseling par les pairs et d'intervention dans les communautés qui affichent des taux élevés de suicide.

- Promouvoir l'utilisation d'images de santé concernant les jeunes qui montrent la différence entre les sexes, l'image corporelle et l'apprentissage de l'autonomie chez les jeunes.

7.3.4 L'appui des pratiques sexuelles saines et sans risque

La sexualité est un aspect naturel et sain de la vie, et une des tâches importantes du développement des adolescents vise à ce qu'ils aient, rendus à l'âge adulte, une vie sexuelle saine[36,37]. Il n'est donc pas étonnant que la sensibilisation à la sexualité et à la différence entre les sexes ainsi que les premiers comportements et les premières relations sexuelles comportent un des changements les plus significatifs pour plusieurs jeunes. Bien que les parents soient les éducateurs

principaux en ce qui concerne le développement sexuel sain de leurs adolescents, les secteurs de la santé et de l'éducation jouent aussi un rôle important dans ce domaine.

L'éducation sexuelle se dispute l'attention avec plusieurs autres sujets dans les écoles, et le travail dans les écoles est de moins en moins prioritaire pour les systèmes de santé. Les adolescents ont exprimé leur insatisfaction par rapport à la portée limitée de l'éducation sexuelle qui leur est présentement offerte[19]. Plusieurs adolescents ont demandé une approche plus étendue, incluant des sujets tels que l'orientation sexuelle, le viol commis par un ami, la négociation avec les partenaires sexuels et les comportements sexuels[19].

Les jeunes dans plusieurs communautés ont exprimé des préoccupations concernant l'accès aux condoms ainsi que l'absence d'intimité et de confidentialité. Il est possible que ces facteurs contribuent au fait que les adolescents n'utilisent pas les condoms régulièrement et que plusieurs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles spontanées après avoir consommé de l'alcool et d'autres drogues. Le risque de VIH, d'ITS et de grossesses non voulues est toujours très élevé chez les adolescents[19]. Le taux de chlamydia enregistré chez les adolescentes est de 5,7 fois plus élevé que le taux national pour toutes les femmes[38].

En 1995, 23 657 naissances d'enfants vivants et 38 502 grossesses ont été enregistrées chez les adolescentes (47 pour 1 000). Le taux de grossesses chez les filles autochtones de moins de 15 ans est environ 18 fois plus élevé que celui de la population canadienne en général[39]. Des programmes de prévention contre les grossesses qui sont congruents aux systèmes de croyances culturelles de certaines populations spécifiques doivent être accessibles et disponibles aux jeunes.

Occasions d'action :

- Élaborer des programmes d'éducation sexuelle qui sont appropriés à la culture des jeunes, de concert avec les parents et les communautés dans lesquelles ils vivent.

- Fournir des services et des soutiens relatifs à la santé sexuelle aux jeunes marginaux qui sont incapables de se procurer les services réguliers ou qui les refusent.

- Fournir des services de santé sensibles et confidentiels en matière de sexualité et de reproduction qui sont offerts à des coûts abordables et qui

F2

sont disponibles aux adolescents (par exemple, les contraceptifs, les services de planification des naissances, le counseling prénatal).

7.3.5 Les blessures accidentelles

Les blessures accidentelles sont toujours la cause première de mortalité chez les enfants et les jeunes, ainsi que la cause tragique et coûteuse des affections incapacitantes chez les Canadiens[40]. Les garçons et les jeunes hommes subissent plus de blessures accidentelles ainsi que des blessures plus sévères que les filles et les jeunes femmes[5]. Les adolescents sont beaucoup plus susceptibles de mourir de blessures résultant d'accidents d'automobiles que tout autre enfant. En effet, ce genre de blessure compte environ la moitié des mortalités dans ce groupe d'âge[41]. Le taux de blessures accidentelles chez les jeunes Autochtones est trois fois plus élevé que le taux national[42]. Le risque de mort prématurée attribuable à la noyade et à d'autres causes est plus élevé chez les jeunes Autochtones.

Occasions d'action :

- Accroître la collaboration intersectorielle afin d'identifier les priorités et d'élaborer des stratégies liées à la prévention des blessures, étendre les programmes de prévention des blessures favorables existants et inciter les jeunes à participer à l'élaboration de programmes complets de prévention des blessures.

- Aider les jeunes à mieux comprendre les différences entre les sexes et les âges qui les disposent à prendre des risques, et élaborer des stratégies qui répondent à ces différences.

7.4 L'environnement social

L'environnement social a un effet significatif sur la santé et le bien-être des gens. Ces milieux incluent les familles, les groupes de pairs, les communautés et les médias. Le soutien social sert de ressource à l'adaptation et influence la santé, les comportements liés à la santé et l'utilisation des services de santé[43,44]. Les environnements sociaux ont été associés à des résultats de santé positifs; cependant, ceux qui sont compromis (par exemple, par la violence) produisent un effet contraire. Le taux de mortalités prématurées[45], la dépression, les difficultés lors de la grossesse, et les déficiences entraînées par les maladies chroniques font partie des résultats négatifs qui ont été notés[46].

D'autres déterminants peuvent influer fortement sur la qualité de l'environnement d'une personne. Par exemple, les familles à faible revenu sont plus susceptibles de faire preuve

de stress chronique, de dépression parentale et de piètre fonctionnement familial que les familles à revenu élevé[47]. Les personnes qui vivent dans la pauvreté sont plus isolées et déclarent des plus petits réseaux sociaux ainsi que moins d'appui social[48]. Les adolescents qui sont déprimés ont tendance à se retirer de leurs amis[24].

7.4.1 Les familles

Le fait d'être parent d'un adolescent constitue un défi et une grande responsabilité. La recherche approfondie démontre qu'une relation étroite et sûre entre les jeunes et leurs parents favorise le développement sain des adolescents.

Les adolescents qui vivent dans des familles encourageantes et qui ont de bonnes relations avec leurs parents affichent moins de problèmes de santé mentale, sont évalués par leurs pairs comme étant moins anxieux et moins hostiles, ont des attitudes plus positives par rapport aux pratiques sexuelles sans risque, et les filles affichent un taux moins élevé relatif au comportement sexuel à risque et elles ont moins de grossesses[49]. Un lien a été établi entre les résultats de développement sains chez les jeunes et le rôle parental. Les parents chaleureux et encourageants qui établissent des règles et des attentes claires et convenables, et qui incitent leurs adolescents à participer aux décisions appropriées, favorisent une croissance et un développement positifs[49,50]. Les parents qui encouragent les adolescents à adopter de bonnes habitudes relatives à l'étude et à apprécier l'école, et qui collaborent étroitement avec les professeurs afin de promouvoir un comportement acceptable et un travail satisfaisant, contribuent au succès des élèves et au prolongement des années d'étude[51,52].

> *« Donnez-moi l'occasion d'énoncer mes opinions lors des décisions familiales (car d'habitude, mes idées sont ignorées ou prises à la légère). »*
>
> Denise, 14 ans

La plupart des adolescents indiquent qu'ils ont de bonnes relations avec leurs parents. Des études ont démontré qu'à l'étape de l'adolescence, les relations entre les parents et les enfants commencent à diminuer[49]. Bien que, typiquement, les adolescents passent beaucoup plus de temps avec leurs pairs, il est essentiel de maintenir des relations parent-adolescent positives afin de favoriser le bien-être émotif et psychologique des adolescents[49]. Alors qu'il est difficile pour certains parents de consacrer du temps aux jeunes, la majorité d'entre eux trouvent les moyens pour le faire (par exemple, organiser des sorties en famille, avoir des discussions, regarder des émissions de télévision ou pratiquer des sports ensemble)[53]. Plusieurs parents sont au dépourvu par rapport à l'indépendance et à l'autonomie grandissantes de leurs adolescents. Bien que les

jeunes veuillent une direction et le soutien de leurs parents, des conflits peuvent surgir concernant des questions de confiance et d'attentes liées aux comportements[24].

Les relations parent-enfant peuvent être compromises dans des moments de stress extrême (par exemple, la séparation des parents, le divorce, la mort d'un parent). En 1996, environ un sur cinq adolescents (17 p. 100) de 10 à 19 ans vivaient avec un seul parent.

> *« Acceptez le fait que je grandis et que j'ai besoin de découvrir le monde tant avec vous que toute seule. Mettez certaines de vos peurs de côté et laissez-moi prendre des risques qui sont bons pour moi. Je ne peux pas toujours être à vos côtés et sous votre aile. J'ai besoin d'apprendre comment devenir une bonne meneuse de moi-même. »*
>
> Trisha, 16 ans

Les adolescents qui vivent dans des familles monoparentales ont moins d'estime de soi, sont déprimés et sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui les prédisposent à prendre des risques tels que la consommation du tabac et la toxicomanie[54]. Une bonne partie des adolescents qui vivent dans des familles biparentales vivent dans des familles élargies. Dans certains cas, tant dans les familles fortunées que dans les familles démunies sur le plan économique, les parents ou les autres adultes refusent ou sont dans l'impossibilité de satisfaire aux besoins de leurs adolescents, ce qui peut donner lieu au déplacement temporaire ou permanent de l'adolescent de sa demeure. Quoique la représentation des jeunes Autochtones dans le système de placement en famille d'accueil soit disproportionnée, plusieurs collectivités et plusieurs familles autochtones travaillent à retrouver et à fortifier leur identité culturelle. Alors que le placement en famille d'accueil peut entraîner des conséquences négatives sur le bien-être des jeunes, la présence d'un adulte important dans la vie d'un jeune peut favoriser la résilience. Les adolescents, même ceux qui sont vulnérables et à risque, peuvent bien réussir malgré des conditions défavorables s'ils sont soutenus et s'ils ont accès à des ressources.

La grossesse chez les adolescentes représente un défi important pour les jeunes parents et leurs enfants. Plusieurs résultats négatifs ont été liés à la grossesse chez les adolescentes, y compris un faible niveau de scolarisation, la pauvreté et de piètres résultats au niveau social. Le taux de grossesses chez les adolescentes a été relativement stable dans les dernières années; cependant, le taux de 47 pour 1 000 en 1995 est inquiétant. Les stratégies dont l'efficacité a été reconnue en ce qui

concerne la réduction des grossesses non planifiées et non voulues incluent l'association de programmes d'éducation sexuelle de première qualité, l'accès à la contraception et aux services cliniques confidentiels.

Occasions d'action :

- Développer, à l'intention des parents, des ressources axées sur la période de l'adolescence et sur des stratégies familiales qui influent de façon positive sur le développement des adolescents en santé.

- Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des groupes de soutien aux parents en permettant aux familles de partager l'information, les ressources et les expériences concernant le développement de leurs adolescents.

- Fournir des renseignements aux jeunes concernant les choix auxiliaires à la condition parentale (par exemple, l'adoption) et fournir des services qui pourront les soutenir selon le choix qu'ils auront fait.

7.4.2 La violence familiale

Les différentes formes de violence et les comportements de violence auxquels sont exposés les adolescents ont des effets marqués sur le comportement et la santé à long terme. Les blessures qui peuvent en résulter incluent les fractures, les traumatismes crâniens, les ecchymoses, les brûlures, les ITS, la grossesse et une gamme étendue de difficultés telles que la dépression, la déficience intellectuelle, l'anxiété et la toxicomanie.

Le pourcentage de familles canadiennes qui ont été touchées par une forme de violence quelconque a été estimé à environ 50 p. 100[55]. Les adolescents qui ont grandi dans la violence au foyer – où ils étaient exposés à la violence physique, émotive et/ou sexuelle de la part d'un parent envers un autre et/ou dans une situation où ils étaient eux-mêmes les victimes – ne pourront peut-être pas échapper à de telles tendances modèles. Les adolescents tentent souvent d'intervenir en vue de protéger leur mère, ce qui peut entraîner des attaques intensifiées sur eux-mêmes. Pendant cette période, les adolescents peuvent aussi devenir abusifs non seulement envers le parent qui est déjà victime, mais aussi envers les autres.

Les adolescents, ayant de plus en plus d'indépendance physique, s'absentent souvent de la maison pour de longues périodes afin de fuir de telles situations. Cela les rend plus vulnérables aux influences négatives des groupes de pairs, des

bandes et des personnes qui profitent des jeunes qui se laissent facilement impressionner, dans l'intention de les exploiter sexuellement. Le taux d'antécédents de violence est particulièrement élevé chez les enfants de la rue [56].

Occasions d'action :

- Engager le secteur de la santé à participer plus activement aux stratégies qui répondent aux incidences de la violence familiale.

- Promouvoir, de concert avec le secteur de l'éducation, l'anti-violence, les programmes éducatifs à l'école (par exemple, la maîtrise de la colère, la résolution de conflits) et les campagnes de sensibilisation du public afin de contrer les messages des médias qui prônent l'utilisation de la violence dans certaines situations.

- De concert avec les secteurs des services sociaux, de l'éducation et de la justice, veiller à ce que les services soient disponibles aux jeunes qui vivent dans la violence familiale.

7.4.3 Les pairs

Alors que les jeunes deviennent plus indépendants et plus autonomes, ils ont tendance à consacrer moins de temps aux membres de leurs familles et à être plus souvent en contact avec les pairs du même âge. L'interaction avec leur groupe de pairs permet aux adolescents de développer, de mettre à l'essai et d'améliorer les habiletés de vie telles que la résolution de problèmes, la communication et l'adaptation aux pressions et au stress. Les adolescents qui ont des amis encourageants et responsables sont plus susceptibles d'être confiants, de se sentir bien à l'école, de bien s'entendre avec leurs parents et d'être en santé[24]. Le soutien des pairs est particulièrement important à l'adolescence[57]. Le soutien des pairs a été lié à une meilleure compétence sociale[58]. Les adolescents qui participent à des programmes de mentorat formels sont moins susceptibles de consommer de l'alcool et de s'absenter des cours[59].

L'expérimentation fait partie du développement des adolescents. Le groupe de pairs est le plus important indicateur prévisionnel en ce qui concerne la prise de risque à l'adolescence puisque l'expérimentation prend surtout place dans ce milieu[24]. Alors que la participation au groupe de pairs peut améliorer les habiletés de communication, elle peut aussi augmenter les comportements qui mettent la santé à risque[60]. En conséquence, les jeunes doivent être éduqués et posséder les connaissances nécessaires pour faire les bons choix.

Les bandes attirent surtout les jeunes qui n'ont pas de compétence sociale, qui sont vulnérables (par exemple, les jeunes qui vivent dans la violence) et/ou qui sont des sans-abri. La bande répond souvent au besoin d'appartenance des jeunes et elle fournit un sentiment de communauté. L'adhésion à la bande exige souvent que les jeunes adoptent différents comportements à risques excessifs tels que la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, la participation à des activités violentes et criminelles. La participation à des bandes peut entraîner des effets destructeurs sur les résultats de santé. Il est essentiel que les adolescents vulnérables et susceptibles d'être influencés par les bandes reçoivent d'autres types de soutien.

Les parents contribuent de façon importante à réduire la probabilité que leurs adolescents participent à des activités antisociales et délinquantes. Par exemple, la recherche a démontré que la supervision parentale constante ainsi que l'initiative parentale visant à enseigner la prise de décision responsable, réduisent la probabilité de participation à des activités antisociales et criminelles liées à l'adhésion aux bandes[49].

Occasions d'action :

- Accroître les connaissances et la sensibilisation des parents relatives à l'influence importante qu'ils peuvent exercer sur les interactions de leurs adolescents avec les groupes de pairs et sur leurs résultats éventuels de santé.

- Promouvoir les programmes à l'école et dans les communautés qui incitent les mentors pairs et les groupes de pairs à y participer, surtout auprès des jeunes vulnérables.

7.4.4 Les jeunes sans-abri

Aucune donnée nationale n'existe présentement en ce qui concerne la population des sans-abri; on estiment que de 10 à 30 p. 100 des sans-abri sont des jeunes et qu'il y a eu une augmentation de ce nombre dans les dernières années. Il existe des risques de santé visibles pour les sans-abri. Près de 50 p. 100 des jeunes de la rue à Vancouver ont déclaré une santé moyenne ou piètre[61]. La vie dans la rue entraîne souvent un manque d'hygiène, un régime inadéquat, des habitudes de sommeil irrégulières, l'exposition aux intempéries, et les ITS. Il arrive souvent qu'aucun traitement n'est offert puisque les jeunes sont réticents à consulter des professionnels de la santé[61]. Les jeunes de la rue ont aussi tendance à afficher un taux plus élevé de difficultés d'apprentissage et de troubles déficitaires de

l'attention[62]. Les comportements violents, la participation à l'industrie du sexe et la consommation d'alcool et d'autres drogues sont aussi des comportements communs qui entraînent des risques sérieux de santé pour les jeunes sans-abri.

Les jeunes sans-abri sont souvent routards, ce qui les rend plus susceptibles de vivre dans des milieux non sécuritaires comme les maisons de chambre et les édifices abandonnés. De plus, puisque les jeunes sont toujours sur la route, il leur est difficile sinon impossible de fréquenter une école régulièrement. Le fait d'être sur la route, d'avoir vécu des expériences négatives avec les services (par exemple les familles d'accueil) et l'absence de services adaptés aux jeunes sont souvent les raisons pour lesquelles les jeunes sans-abri ne recherchent pas les services dont ils ont besoin. Les services d'extension sont nécessaires afin de favoriser la participation des jeunes. Les jeunes sans-abri au Canada ont déclaré que leur plus grand défi est d'obtenir du soutien[63].

Occasions d'action :

- De concert avec les autres services, élaborer et étendre les services d'extension et les services locaux à l'intention des jeunes qui sont vulnérables.

- Mettre sur pied des équipes d'intervention intersectorielles afin de fournir un soutien et d'inciter rapidement la participation des jeunes à risque élevé qui cherchent à changer leur vie.

7.4.5 Les communautés

La qualité des milieux communautaires a un effet sur le développement des adolescents. Les communautés qui favorisent une vitalité civique offrent un milieu dans lequel les jeunes peuvent grandir et améliorer leurs habiletés. Ces communautés offrent aussi un milieu qui appuie les occasions et les initiatives qui incitent les jeunes à participer aux décisions qui les touchent. Ces communautés interviennent aussi auprès des jeunes par l'entremise d'organisations, de comités et de groupes d'intervention[64]. À compter de 1998, 21 villes canadiennes sur 22 avaient mis en place des conseils consultatifs de jeunes ou avaient tenu des forums et avaient créé des comités spéciaux qui encourageaient les jeunes à s'exprimer[64]. Ces initiatives peuvent diminuer les sentiments d'aliénation exprimés par plusieurs jeunes exclus du processus décisionnel.

L'augmentation des jeunes bénévoles est un effet accessoire positif occasionné par la participation des jeunes. De 1987 à 1997, le nombre de bénévoles est passé de

18 p. 100 à 33 p. 100. Le service communautaire et le bénévolat permettent aux jeunes de développer des rôles valables au sein de leur communauté afin d'utiliser leurs connaissances actuelles et d'acquérir l'expérience pratique nécessaire à leur entrée dans la population active. Ces occasions favorisent des liens coopératifs et positifs avec les pairs et les adultes en dehors de leurs familles immédiates. L'appui d'un adulte dans leur vie est un solide indicateur prévisionnel de la résilience des jeunes qui réussissent malgré des circonstances défavorables[35].

Occasions d'action :

- Élaborer des mécanismes permettant aux jeunes d'évaluer leurs besoins et de renseigner leurs communautés sur des questions, des attentes, des possibilités et des solutions.

- Fournir de meilleures occasions aux jeunes de participer à l'élaboration des politiques et des programmes.

- Évaluer l'efficacité de différents mécanismes incitant les jeunes à participer (par exemple, des conseils consultatifs) à l'influence que peuvent exercer les jeunes sur le processus des politiques.

7.4.6 Les médias et les communications

Les médias et le réseau Internet peuvent être des sources d'information importantes sur un éventail de questions qui ont un effet sur la santé des adolescents. La programmation éducative, les sites Web interactifs et l'échange de courriels sont des moyens qui peuvent aider les jeunes à obtenir des renseignements sur la santé ainsi que du soutien. Il est possible d'obtenir des renseignements concernant des questions qui touchent la santé (par exemple, la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues) par l'entremise de campagnes de sensibilisation du public, des messages provenant des médias et des programmes éducatifs à la télévision. Il est possible d'accéder à une variété de sujets tels que les relations interpersonnelles, la sexualité et le perçage du corps. Les forums de discussion et les courriels sont aussi des véhicules de soutien qui sont accessibles aux jeunes qui souffrent de maladies chroniques ou de déficiences, et aux jeunes dans des régions rurales[65]. Le soutien offert par l'entremise des ressources du réseau Internet a aussi amélioré les résultats de santé des mères adolescentes à faible revenu[66].

Toutefois, les médias et le réseau Internet peuvent aussi considérablement nuire aux jeunes. Les programmes à la télévision présentent souvent une violence

idéalisée et favorisent des formes corporelles artificielles, la consommation du tabac et de l'alcool ainsi que d'autres comportements néfastes à la santé. Le réseau Internet devient aussi un véhicule qui permet aux prédateurs sexuels d'attirer les jeunes dans des situations dangereuses.

Les parents, les éducateurs et les professionnels doivent être au courant de ces influences et de leur possibilité d'influer sur les comportements et les modes de vie choisis par les jeunes. Les jeunes doivent connaître les avantages et les risques que peuvent occasionner les messages des médias et l'utilisation du réseau Internet.

Occasions d'action :

- Afficher les renseignements relatifs à la santé nécessaires aux jeunes (par exemple, l'alimentation saine, la santé sexuelle) dans le réseau Internet de façon à ce qu'ils soient facilement accessibles.

- Appuyer le développement de la sensibilisation des médias au programme d'enseignement afin que les jeunes puissent connaître les avantages et les risques provenant des messages des médias et de l'utilisation du réseau Internet.

7.5 L'éducation

L'éducation influe grandement sur les résultats de santé tout au long de la vie. La recherche a souvent démontré que l'état de santé s'améliore selon le niveau de scolarité[67]. Les personnes qui ont plus de scolarité sont plus susceptibles d'adopter des comportements sains (par exemple, pratiquer les méthodes qui permettent d'éviter les ITS, faire de l'exercice régulièrement, d'utiliser des équipements sécuritaires), connaissent les risques liés aux maladies du cœur et sont plus aptes à évaluer leur santé comme étant « excellente ».

Le niveau de scolarité et son influence sur la santé sont aussi en rapport étroit avec plusieurs autres déterminants. Les niveaux de scolarité plus élevés sont associés à une participation plus vive dans la population active et à un meilleur revenu. Des études ont lié un état de santé amélioré (par exemple, l'espérance de vie, moins de maladie, la diminution des mortalités chez les enfants) à des tranches de revenu plus élevées[68,69]. Le niveau de scolarité atteint par un parent a été lié à la réceptivité de leur enfant par rapport à l'école[17] ainsi qu'au succès en mathématiques et à la capacité d'élocution à l'école[70].

7.5.1 Le milieu scolaire

Le milieu scolaire est un endroit important permettant aux jeunes d'exercer des compétences intellectuelles, émotives et sociales et leur permettant de continuer à développer des habiletés importantes nécessaires à la vie adulte. Les interactions avec les pairs et les professeurs fournissent l'occasion aux adolescents de développer et d'améliorer leurs sentiments d'identité et de direction, leur capacité de raisonner et d'utiliser des idées abstraites, ainsi que de développer une pensée critique et des habiletés liées à la résolution de problèmes et aux communications. La participation à des activités extrascolaires telles que la récréation, le bénévolat et le mentorat offrent aussi des occasions de pratiquer la citoyenneté, les rôles de partenariat et de leadership ainsi que d'assumer plus de responsabilités. Un milieu scolaire positif et enrichissant peut aider à renforcer ces compétences et ces habiletés.

À l'opposé, un milieu scolaire qui est perçu comme insatisfaisant ou non sécuritaire peut contribuer à des difficultés d'adaptation et au décrochage (par exemple l'absence pendant les cours, le décrochage). Les adolescents qui décrochent de l'école secondaire avant d'obtenir leur diplôme sont plus susceptibles d'être issus de familles à faible revenu ou de communautés qui ne reconnaissent pas l'importance de terminer les études secondaires. Les adolescents qui ne terminent pas leur études secondaires sont aussi plus susceptibles d'être en mauvaise santé, d'être délinquants, d'être criminels, d'être toxicomanes, d'être économiquement dépendants et d'être plus aptes à jouir d'une moins bonne qualité de vie[51]. L'absentéisme lors des cours a été lié à plusieurs comportements à risque par rapport à la santé, y compris la consommation de drogues et de tabac ainsi que la consommation excessive d'alcool[24]. Les garçons, les jeunes Autochtones, les jeunes à faible revenu et les jeunes ayant des difficultés d'apprentissage sont plus susceptibles de devenir des décrocheurs[51]. L'agressivité, le harcèlement, les menaces et les agressions préoccupent davantage plusieurs adolescents et contribuent au sentiment d'insécurité qu'éprouvent un grand nombre d'adolescents[20,24,71]. De plus, au cours du cheminement des adolescents à l'école, le niveau de satisfaction relatif au milieu scolaire diminue constamment, les filles indiquant de façon constante un niveau de satisfaction supérieur à celui des garçons à tous les niveaux scolaires[24].

Occasions d'action :

- Travailler de concert avec le secteur de l'éducation à élaborer des programmes complets de santé qui appuient le développement de la santé chez les adolescents dans un milieu sécuritaire.

- Travailler de concert avec le secteur de l'éducation à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies à même le milieu scolaire en vue de répondre aux jeunes qui risquent de décrocher ou d'obtenir de faibles résultats académiques, de répondre aux événements traumatisants et de créer un milieu scolaire positif.

7.5.2 Le programme d'enseignement relatif à la santé

La gestion des aptitudes à la vie quotidienne et l'éducation physique représentent les questions principales du milieu scolaire où les adolescents apprennent à connaître leur développement, leur santé générale et leurs comportements sains, et où ils participent à des activités physiques systématiques.

La plupart des écoles offrent un niveau d'éducation de base concernant le développement physique et sexuel ainsi que des renseignements et des discussions sur des sujets précis qui ont un effet sur la santé (par exemple, la consommation du tabac, de l'alcool, des drogues, la sexualité, la nutrition, l'hygiène, l'exercice). Bien que le niveau de connaissances sur la santé et sur les comportements sains parmi la population adolescente soit généralement élevé, plusieurs jeunes adoptent encore plusieurs comportements à risque, ce qui laisse à croire que les stratégies d'éducation courantes n'atteignent pas l'efficacité souhaitée. L'apprentissage continu pendant la période de l'adolescence relatif à la santé et aux pratiques de santé peut aider les adolescents à prendre des décisions éclairées concernant leur comportement.

L'activité physique systématique offerte par l'entremise des cours d'éducation physique ou tout au long du programme favorise directement la santé des adolescents puisqu'elle est liée à une meilleure santé globale et à des résultats académiques plus élevés[72]. Cependant, seulement 40 p. 100 des enfants et des jeunes Canadiens pratiquent l'activité physique de façon à satisfaire aux niveaux recommandés pour un développement sain[72]. Les coûts élevés associés aux sports et aux activités physiques (par exemple, les coûts de déplacements et d'équipement, les frais d'utilisation) créent aussi des barrières supplémentaires pour bien des familles[73].

Après la neuvième ou la dixième année, les cours d'éducation physique sont souvent facultatifs et ne font plus partie d'un cours élémentaire. Cela peut contribuer au faible taux d'activité physique chez plusieurs adolescents et le grand nombre de jeunes qui adoptent des comportements à risque.

Occasions d'action :

- Préconiser que l'éducation physique devienne un élément du programme de base tout au long de l'école secondaire.

- Accroître la disponibilité et la qualité des programmes de santé et d'habiletés de la vie offerts aux adolescents dans les écoles.

7.5.3 Les professionnels de la santé au sein du système d'éducation

Les professionnels de la santé, tels que les infirmières de santé publique, les psychologues, les orthophonistes, les audiothérapeutes et les conseillers, offrent une gamme étendue de services au sein du système d'éducation. Les professionnels de la santé font des tests de dépistage et des évaluations des risques. Ils offrent aussi un soutien, du counseling, de l'orientation, et par le passé, ils ont joué un rôle actif dans l'éducation des adolescents en ce qui touche un large éventail de questions de santé (par exemple, la sexualité, la reproduction, l'alimentation).

Toutefois, l'accès aux services de santé à même le milieu scolaire s'est bien détérioré dans les dernières années puisque les interventions ont été axées sur les services de prévention tertiaires plutôt que primaires. Par exemple, les infirmières de santé publique, les psychologues, les orthophonistes et les conseillers sont souvent accessibles seulement à ceux qui ont déjà fait preuve de problèmes. L'accessibilité à ces professionnels est souvent difficile puisqu'il arrive souvent qu'un seul professionnel est responsable de plusieurs écoles et que les listes d'attente sont considérables. Les adolescents qui n'ont pas accès à ces services au moment où ils en ont besoin sont pénalisés.

Occasions d'action :

- Accroître l'accès aux professionnels de la santé et aux services de santé au sein du système d'éducation (par exemple offrir des services de prévention primaires et des services d'extension aux jeunes qui sont vulnérables, et jouer un rôle plus actif dans l'éducation de la santé).

- Supporter la collaboration entre les professionnels de la santé et de l'éducation afin de promouvoir des programmes de soutien aux pairs dans les écoles.

7.6 Le revenu

La recherche démontre une corrélation directe entre le niveau de revenu et l'état de santé à l'âge adulte. En effet, les personnes à chaque niveau de revenu affichent de meilleurs résultats de santé que les personnes au niveau précédent[74]. L'état socio-économique et la variation de revenu (c'est-à-dire l'écart entre les riches et les pauvres) sont des facteurs de prévision relatifs aux résultats de santé de la population. Plus l'écart est grand, plus l'inégalité qui en résulte risque de créer des problèmes sociaux importants, surtout chez les jeunes.

En 1997, 19,6 p. 100 des enfants de moins de 18 ans vivaient dans la pauvreté[14]. Les jeunes qui ont grandi dans la pauvreté ont subi l'effet multiplicateur de la pauvreté sur d'autres facteurs de risque. Le revenu familial est lié au niveau de scolarité des parents, qui est en soi un indicateur prévisionnel de la réceptivité d'apprentissage des enfants lorsqu'ils entrent à l'école, qui est en soi un indicateur prévisionnel du niveau d'adaptation académique et comportemental, qui est en soi un indicateur prévisionnel du succès à l'école, de l'obtention d'un diplôme et d'un emploi.

7.6.1 L'accès à un revenu acceptable et l'inégalité

Les jeunes qui grandissent dans des familles à faible revenu et dans des familles vivant dans la pauvreté, ont difficilement accès aux besoins fondamentaux tels que les médicaments, les fournitures scolaires, les cotisations d'école, le transport et les activités récréatives. Il est particulièrement difficile pour les enfants et les jeunes Autochtones, les jeunes qui vivent maintenant dans la rue et les parents adolescents, de maintenir un logement approprié et une alimentation suffisante alors qu'ils sont aux études.

Plusieurs parents adolescents vivent dans la pauvreté et élèvent leurs enfants dans la pauvreté. Le cycle de facteurs de risque associé à la pauvreté se prolonge souvent à la prochaine génération. Les mortalités infantiles et le faible poids à la naissance sont plus courants dans les familles et dans les voisinages à faible revenu. Les jeunes à faible revenu sont plus à risque de complications pendant la grossesse et à l'accouchement. Leur facteur de risque fondé sur l'âge est aggravé davantage par l'accès au soutien prénatal insuffisant, à l'alimentation et à l'éducation sur les effets négatifs de la consommation du tabac et de l'alcool.

Les jeunes se sentent souvent déplacés dans un milieu scolaire où l'acceptation des groupes de pairs est déterminée par les vêtements appropriés, les fournitures scolaires, l'accès au « revenu disponible » et la participation aux activités extrascolaires. Plusieurs étudiants travaillent à temps partiel et ainsi consacrent

moins de temps à leurs études. Le travail est une obligation pour les jeunes qui travaillent, soit pour subvenir aux besoins de leur famille, soit pour se vêtir eux-mêmes ou pour payer les cotisations d'école à des fins d'activités supplémentaires.

La recherche a démontré que le facteur de protection lié à une bonne condition parentale peut amoindrir le facteur de risque lié à la pauvreté. Les familles encourageantes et intéressées, les voisinages, les écoles et les pairs fournissent aux jeunes une « infrastructure » qui améliore les résultats de santé et les résultats socio-économiques positifs[75].

Occasions d'action :

- Offrir des indemnités non assurées en cas de maladie aux jeunes qui vivent dans des familles à faible revenu et aux jeunes qui vivent seuls ou « dans la rue » (par exemple, les médicaments sur ordonnance, les soins optiques, les contraceptifs, les soins dentaires).

- Offrir de l'éducation et du soutien aux jeunes afin de retarder la grossesse jusqu'à ce qu'ils aient complété leurs études secondaires.

- Offrir une nutrition prénatale et des suppléments vitaminiques aux adolescentes enceintes et fournir un soutien aux mères adolescentes afin qu'elles cessent de fumer et de consommer de l'alcool.

- Offrir des services d'extension complets aux parents adolescents, y compris des renseignements et des ressources qui faciliteront le développement des enfants en santé, et fournir le soutien afin qu'ils complètent leurs études secondaires et qu'ils établissent un système durable à l'intention de leur nouvelle famille.

7.7 L'environnement physique

L'environnement physique comprend à la fois l'environnement naturel et l'environnement artificiel. La qualité de l'air, de l'eau et de la nourriture, l'état (construction et entretien) des logements et des écoles dans lesquels les gens vivent et apprennent, la qualité des produits de consommation et l'environnement dans lequel les gens travaillent et s'amusent ont tous une influence sur la santé des personnes.

D'autres déterminants de la santé interagissent avec l'environnement physique et contribuent à la santé. Un voisinage qui offre beaucoup d'espaces verts et où les gens se sentent en sécurité peut promouvoir l'activité physique systématique qui, en retour, est

associée à la diminution du risque de maladies chroniques et à une myriade d'autres bienfaits liés à la santé[76]. Les blessures accidentelles sont associées à des équipements de qualité inférieure dans les parcs. Les familles à faible revenu sont plus susceptibles de vivre dans des logements de qualité inférieure.

7.7.1 Les logements

La plupart des jeunes au Canada vivent dans des logements à prix abordables et sécuritaires. Toutefois, de plus en plus de jeunes doivent vivre dans des logements insalubres. Puisqu'il existe une pénurie de logements à prix abordables, plus de familles risquent de vivre dans des logements insalubres où elles sont très souvent exposées à la peinture au plomb, à des murs et des plafonds humides, à des fondations qui s'effondrent, à des tuyaux corrodés ou à un système de chauffage ou de ventilation insuffisant[77]. Les familles vivant dans des logements insalubres risquent aussi d'être exposées à différents dangers liés à la qualité de l'air à l'intérieur, y compris la moisissure ou la présence de substances toxiques comme l'amiante[78].

Les communautés dans lesquelles les logements insalubres sont situés constituent aussi un risque pour la santé des personnes. Ce genre de logement est souvent situé près des secteurs industriels où la circulation est dense, où les espaces verts sont limités et où l'air est plus pollué.

Occasions d'action :

- Accentuer l'action des inspecteurs de santé publique et appliquer les normes domiciliaires minimales.

- Favoriser une plus grande disponibilité de logements à prix abordables et sécuritaires pour les familles à faible revenu.

7.7.2 L'exposition au soleil

Au Canada, les mois d'été représentent le plus grand danger d'exposition solaire, puisque les gens travaillent et pratiquent des activités de loisir à l'extérieur. Environ 80 p. 100 de l'exposition solaire de toute une vie est atteinte avant l'âge de 18 ans[79].

Le bronzage est souvent perçu comme étant séduisant et est associé à la santé et à la forme physique. Les adolescents qui réagissent à ces images s'exposent souvent intentionnellement au soleil afin de se faire bronzer et de conserver leur bronzage.

Les adolescents qui aiment les sports en plein air sont sujets à une exposition solaire excessive. Malheureusement, le cancer de la peau, la dépression du système immunitaire et un plus grand risque de développer des cataractes sont souvent attribuables à l'exposition excessive aux rayons ultraviolets A (UVA) et aux rayons ultraviolets B (UVB).

Occasions d'action :

- Promouvoir des mesures protectrices (par exemple, porter des vêtements protecteurs, rester à l'ombre, éviter le soleil du midi, utiliser un écran solaire qui comporte un facteur de protection solaire supérieur à 15, porter des lunettes de soleil et un chapeau.

- Renseigner les jeunes sur les effets dangereux des rayons UVA et UVB.

7.7.3 La qualité de l'air et de l'eau

La fumée secondaire indirecte ou la fumée de tabac ambiante est associée aux maladies du cœur, au cancer des poumons plus tard dans la vie, et elle est un facteur contributif au poids insuffisant des bébés à la naissance. En 1995, tout près de 1,4 million d'enfants canadiens ont été exposés à la fumée de tabac ambiante à la maison. Plusieurs municipalités ont imposé des restrictions à l'égard de la consommation du tabac dans des endroits publics. Par contre, dans les restaurants et les mails fréquentés par les jeunes, les plus fréquentes restrictions relatives à la consommation du tabac constituent des endroits désignés pour fumer qui sont mal aérés et qui ne protègent pas très bien les non-fumeurs.

Plusieurs Autochtones vivant dans les réserves le font dans des conditions de pauvreté extrême. Des systèmes de traitement de l'eau inadéquats contribuent à la qualité inférieure de l'eau potable, qui augmente l'exposition à des maladies d'origine hydrique. D'autres facteurs de risque tels qu'une mauvaise alimentation, l'assainissement insuffisant, les logements insalubres, les aliments contaminés et les contaminants de l'environnement intérieur et extérieur rendent les enfants et les jeunes Autochtones très vulnérables aux effets toxiques des contaminants de l'environnement[80].

Occasions d'action :

- Favoriser la mise en application de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada, en portant une attention particulière aux politiques et

aux activités législatives qui visent à protéger les personnes exposées à la fumée de tabac ambiante.

- Travailler avec les ministères appropriés afin d'améliorer la qualité de l'air et de l'eau dans les communautés exposées.

7.8 Les capacités biologiques et génétiques

La recherche dans plusieurs domaines, y compris les sciences sociales, la biologie et l'épidémiologie, documente les liens entre les déterminants de la santé et les mécanismes biologiques. Les facteurs biologiques et génétiques influencent l'état de santé. La taille d'une personne, la couleur de la peau et des yeux sont tous déterminés biologiquement. Les facteurs biologiques peuvent avoir des effets tant positifs que négatifs sur les résultats de santé. Bien que les antécédents familiaux de diabète, de cancer, de schizophrénie, de maladie du cœur ou d'anomalies congénitales augmentent le risque qu'une personne ait les mêmes conditions, la recherche démontre de plus en plus que les effets de l'hérédité sont grandement modérés par les environnements physiques et sociaux.

Les facteurs biologiques et génétiques sont aussi étroitement liés à plusieurs autres déterminants. Le revenu personnel d'une personne peut être touché de façon marquée si cette personne souffre d'une maladie chronique comme la schizophrénie ou l'infirmité motrice cérébrale. Les jeunes ayant des besoins spéciaux auront peut-être de la difficulté à obtenir une bonne instruction ou à retenir un emploi, surtout s'ils ont besoin de soins spécialisés ou s'ils vivent dans un milieu institutionnel. Dans le cadre de l'environnement social, les facteurs de risque biologiques et génétiques peuvent limiter le genre d'environnement dans lequel certains enfants peuvent participer. Certaines écoles et certaines installations récréatives sont incapables de répondre aux besoins des jeunes ayant une déficience.

7.8.1 Les défis de croissance, de comportement et les défis physiques que doivent relever les jeunes qui souffrent d'affections chroniques

S'il est vrai que la plupart des adolescents canadiens sont en santé, certains vivent toutefois avec des déficiences qui limitent leurs activités et compromettent leur santé générale. Alors que plusieurs jeunes ayant des déficiences doivent relever des défis uniques, ils peuvent vivre une vie active et remplie s'ils ont le soutien nécessaire. Le degré de sévérité d'une déficience varie selon l'accès aux services offerts par rapport à leur état particulier, l'efficacité de ces services et l'adaptation des parents, des écoles et des communautés[51]. En 1995-1996, approximativement 151 858 adolescents (7 p. 100) et 162 788 adolescentes (8 p. 100) de 10 à 19 ans ont déclaré souffrir d'une déficience[26].

Le trouble déficitaire de l'attention et l'hyperactivité avec déficit de l'attention sont des déficiences qui se manifestent chez les tout-petits mais qui se prolongent souvent à l'adolescence ou encore à l'âge adulte[51]. Les facteurs génétiques, la prématurité, et l'immaturité relative à la croissance sont des facteurs de risque importants qui peuvent causer ces déficiences[51]. Bien que le trouble déficitaire de l'attention et l'hyperactivité avec déficit de l'attention se manifestent le plus souvent à l'âge préscolaire ou pendant les premières années d'étude primaires, ils entraînent souvent des conditions secondaires qui ont un effet sur la santé et le développement à l'adolescence, telles que l'agressivité, le décrochage et plus tard, la toxicomanie[51].

Le syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le fœtus peuvent avoir un effet sur la capacité d'une personne à vivre une vie saine et à accomplir les tâches liées au développement à l'adolescence. Ces conditions sont associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, ce qui peut entraîner des déficiences mentales et physiques tout au long de la vie. Les adolescents qui souffrent du syndrome d'alcoolisme fœtal ou de l'effet de l'alcool sur le fœtus doivent relever des défis spéciaux puisqu'ils éprouvent souvent des difficultés d'apprentissage et des problèmes de comportement. Ces problèmes peuvent occasionner des difficultés à se faire des amis ou des difficultés avec les groupes de pairs ainsi que des résultats scolaires inférieurs. Alors qu'il n'existe aucune statistique concernant l'ampleur de cette condition au Canada, du travail supplémentaire dans ce domaine aiderait les professionnels et les gens affectés par le syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le foetus à mieux comprendre et développer des réponses efficaces pour ces conditions.

Des affections chroniques telles que l'arthrite, l'asthme, l'épilepsie, les allergies et autres sont communes chez les jeunes Canadiens. Les données récentes démontrent que, parmi les adolescents de 12 à 14 ans, 37 p. 100 des garçons et 33 p. 100 des filles ont déclaré souffrir d'une affection chronique[26]. Le taux augmente avec l'âge; 40 p. 100 des garçons et 49 p. 100 des filles de 15 à 19 ans ont déclaré souffrir d'une affection chronique. Les jeunes qui souffrent d'affections chroniques nécessitent souvent des soutiens et des services supplémentaires pour répondre à leurs besoins en matière de santé.

Occasions d'action :

- Accroître le soutien offert aux adolescents et à leurs familles afin de répondre à leurs besoins par rapport à leur affection chronique et leur fournir les soins liés à leur déficience.

- Fournir un soutien aux adolescents et à leurs familles afin de leur permettre d'élaborer des plans pour faciliter le passage à l'âge adulte.

- Promouvoir la sensibilisation sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse par l'entremise des campagnes publiques de sensibilisation et l'inclure dans les programmes scolaires afin de réduire l'incidence du syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le fœtus.

7.9 Au-delà des déterminants de la santé

7.9.1 La recherche, l'évaluation et la surveillance

La surveillance, l'évaluation et l'établissement de rapports concernant le progrès des enfants représentent la composante clé de base du Programme d'action national pour les enfants. Un consensus croissant démontre que des renseignements continus, fiables et opportuns sur le bien-être et le développement des adolescents sont nécessaires afin de guider les actions du gouvernement. Les évaluations et les rapports systématiques sur l'état des adolescents par rapport à des domaines clés dans leur vie et les influences clés sur leur bien-être permettent d'accroître la sensibilisation, la compréhension et l'engagement. Des efforts d'évaluation et de surveillance permettent aussi aux décideurs de déterminer si les adolescents canadiens se développent sainement et d'identifier les priorités clés pour fins d'action. En bref, la surveillance et l'évaluation servent de renseignements utiles à l'élaboration des politiques, veillant à ce que les actions soient aussi axées et efficaces que possible.

Souvent, les données courantes concernant les adolescents ne sont pas propres à chaque sexe et n'incluent pas les jeunes qui sont difficiles à joindre tels que les jeunes sur la rue, les jeunes en garde ou les jeunes Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves. D'autres recherches sont requises pour comprendre comment la différence entre les sexes et la diversité ethnoculturelle influencent le développement ainsi que les défis de développement que doivent relever les jeunes Autochtones. La base de calcul des données sur l'enquête initiale est insuffisante en ce qui a trait à la culture, aux attitudes et au comportement des jeunes, ainsi qu'aux attitudes des adultes envers les adolescents.

Nous manquons de connaissances relatives au processus selon lequel les jeunes choisissent soit des comportements à risque, soit des comportements sains, ainsi que des comportements qui améliorent la santé pendant la période de croissance et

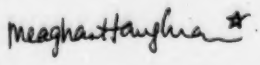
de développement chez les adolescents. Nous avons peu de connaissances concernant les facteurs de protection qui empêchent les jeunes de choisir un mode de vie malsain.

La recherche qualitative et participative permettant aux jeunes de s'exprimer est nécessaire, surtout pour les études où les adolescents formulent des questions et participent aux actions découlant des résultats. La plupart des recherches se concentrent sur des populations spécifiques à risques élevés et leurs comportements (par exemple, les jeunes contrevenants, les toxicomanes, les adolescentes-mères qui sont seules). La majorité des jeunes doivent se faire entendre.

Occasions d'action :

- Appuyer la liaison des données entre les secteurs et la collecte des données régionales afin d'ajouter aux données nationales.
- Procéder à la collecte et à l'analyse des données relatives à des populations particulières (par exemple, les jeunes Autochtones vivant en région urbaine, les jeunes ayant des déficiences/affections chroniques) et y inclure les différences d'âge et de sexe.
- Continuer à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer les modèles de collaboration intersectorielle dans la prestation des services.
- Utiliser les données portant sur les résultats afin d'améliorer la prestation des services et accroître la prise de décisions fondée sur les résultats.
- Appuyer la recherche dans des domaines prioritaires relatifs à la santé des adolescents : la résilience et l'identité chez les adolescents, la prise de décision concernant des comportements à risques et des comportements qui améliorent la santé, les études propres à chaque sexe et propres à chaque culture.
- Synthétiser et diffuser la recherche sur le développement des adolescents en santé.

« Lorsqu'un enfant devient un adolescent puis un adulte, il est confronté à un nombre croissant de défis. L'ajout de détails à chaque métamorphose reflète cette réalité. Les motifs variés des ailes et les carreaux de couleur différente montrent que la transition à l'âge adulte ne se vit pas de la même façon pour tous, tandis que la forme de la courtepointe exprime l'expérience commune des adolescents. »



Meaghan Haughian, jeune artiste qui a illustré la couverture

Annexe A

Occasions d'action

Le développement sain des enfants

1. Continuer à participer activement au Programme d'action national pour les enfants.

2. Renforcer les approches intergouvernementales et intersectorielles relatives au développement des jeunes enfants comme il a été recommandé dans le document intitulé *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé.*

Les services de santé

3. Développer, en partenariat avec les jeunes et d'autres secteurs, des modèles de soins de santé alternatifs axés sur les besoins des adolescents (par exemple, des services axés sur les jeunes qui sont offerts par l'entremise de cliniques pour adolescents, de services d'extension, de services à l'école, de services dans les mails) afin d'éliminer les obstacles qui empêchent l'accès aux services.

4. Accroître l'accès et la disponibilité des services aux adolescents dans les régions rurales et éloignées, ainsi que dans les collectivités autochtones, tant dans les réserves qu'ailleurs

5. Examiner les façons d'accroître l'accès aux services non assurés (les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires, les contraceptifs, les soins optiques).

6. Améliorer la confidentialité des jeunes à l'intérieur du système de soins de santé en utilisant de nouvelles technologies qui favorisent l'auto-accès (par exemple, l'accès aux renseignements et aux services de santé dans des endroits non traditionnels comme les mails, le réseau Internet, télé-santé, les centres récréatifs, les haltes-accueils, les écoles).

7. Retirer les obstacles législatifs, réglementaires et les obstacles cliniques qui limitent l'accès aux services et aux soutiens de santé en raison de l'âge et/ou de questions de consentement.

8. Inciter les jeunes, surtout les jeunes marginaux, à participer à la détermination des questions de santé qui s'appliquent à eux afin de s'assurer que les services sont accessibles et appropriés.

9. Élaborer et mettre en œuvre des politiques de santé complètes à l'intention des adolescents, incluant les perspectives ethnoculturelles et la différence entre les sexes.

10. Appuyer la création de comités interinstitutionnels et multisectoriels dans les communautés afin de se concentrer essentiellement sur les défis que présentent la santé et les comportements chez les adolescents, tout en concentrant plus particulièrement les efforts sur le changement d'attitudes par rapport aux groupes stigmatisés (par exemple, les groupes qui sont victimes de racisme, les personnes handicapées, les victimes de violence, les jeunes homosexuels, bisexuels et les lesbiennes) afin de rejoindre les jeunes qui présentent un risque élevé et de s'assurer de la confidentialité.

11. Intégrer aux plans de cours la santé et le développement des adolescents comme un élément distinct à l'intention des professionnels de la santé qui sont en formation et en formation continue.

Les habitudes personnelles de santé et les habiletés d'adpatation

12. Mettre en application, en collaboration avec d'autres secteurs, des stratégies qui soutiennent les jeunes en rendant les choix sains ceux qui sont les plus faciles à faire.

13. Inciter les jeunes à participer aux campagnes d'information et aux programmes de prévention.

14. Élaborer et promouvoir, en collaboration avec d'autres secteurs, des stratégies qui visent à réduire les préjudices et qui répondent aux comportements à risque chez les jeunes.

15. Élaborer des programmes d'ensemble novateurs aux fins de dépistage, d'évaluation du risque et de traitement.

16. Accroître l'application de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme, visant plus particulièrment à améliorer l'accès aux programmes et à mettre en application les programmes de prévention et de cessation de l'usage du tabac.

17. Élaborer des services et améliorer l'accès aux programmes pour toxicomanes qui sont appropriés aux âges et sensibles aux différentes cultures (par exemple, les communautés rurales, les adolescents plus jeunes, les jeunes à faible revenu, les sans-abri, les jeunes Autochtones).

18. Examiner l'efficacité des règlements existants par rapport à la publicité et à la vente du tabac et de l'alcool aux mineurs.

19. Travailler de concert avec le secteur de l'éducation afin d'améliorer les plans de cours liés à la nutrition et à la vie active.

20. Travailler de concert avec les autres secteurs afin d'améliorer la sécurité alimentaire pour les jeunes qui vivent dans des ménages à faible revenu.

21. Élaborer un modèle de mise en œuvre et une infrastructure applicables à un service de santé mentale qui est multidisciplinaire et qui peut favoriser la promotion de la santé mentale ainsi que les processus d'identification précoce, d'évaluation et de traitement à l'intention des adolescents.

22. Accroître l'accès aux services de santé mentale axés sur les jeunes (par exemple, l'intervention d'urgence, le counseling, les programmes de soutien par les pairs).

23. Accroître l'accès aux programmes de santé mentale favorables qui soutiennent et qui renseignent les jeunes dans des domaines tels que l'auto-assistance, l'auto-responsabilité, les habiletés d'adaptation, l'estime de soi, comment favoriser, entretenir et améliorer la santé mentale, et qui leur apprennent quand et comment demander de l'aide concernant des problèmes comme la dépression et l'anxiété.

24. Élaborer des initiatives de mentorat, de counseling par les pairs et d'intervention dans les communautés qui affichent des taux élevés de suicide.

25. Promouvoir l'utilisation d'images de santé concernant les jeunes qui montrent la différence entre les sexes, l'image corporelle et l'apprentissage de l'autonomie chez les jeunes.

26. Élaborer des programmes d'éducation sexuelle qui sont appropriés à la culture des jeunes, de concert avec les parents et les communautés dans lesquelles ils vivent.

27. Fournir des services et des soutiens relatifs à la santé sexuelle aux jeunes marginaux qui sont incapables de se procurer les services réguliers ou qui les refusent.

28. Fournir des services de santé sensibles et confidentiels en matière de sexualité et de reproduction qui sont offerts à des coûts abordables et qui sont disponibles aux adolescents (par exemple, les contraceptifs, les services de planification des naissances, le counseling prénatal).

29. Accroître la collaboration intersectorielle afin d'identifier les priorités et d'élaborer des stratégies liées à la prévention des blessures, étendre les programmes de prévention des blessures favorables existants et inciter les jeunes à participer à l'élaboration de programmes complets de prévention des blessures.

30. Aider les jeunes à mieux comprendre les différences entre les sexes et les âges qui les disposent à prendre des risques, et élaborer des stratégies qui répondent à ces différences.

L'environnement social

31. Développer, à l'intention des parents, des ressources axées sur la période de l'adolescence et sur des stratégies familiales qui influent de façon positive sur le développement des adolescents en santé.

32. Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des groupes de soutien aux parents en permettant aux familles de partager l'information, les ressources et les expériences concernant le développement de leurs adolescents.

33. Fournir des renseignements aux jeunes concernant les choix auxiliaires à la condition parentale (par exemple, l'adoption) et fournir des services qui pourront les soutenir selon le choix qu'ils auront fait.

34. Engager le secteur de la santé à participer plus activement aux stratégies qui répondent aux incidences de la violence familiale.

35. Promouvoir, de concert avec le secteur de l'éducation, l'anti-violence, les programmes éducatifs à l'école (par exemple, la maîtrise de la colère, la résolution de conflits) et les campagnes de sensibilisation du public afin de contrer les messages des médias qui prônent l'utilisation de la violence dans certaines situations.

36. De concert avec les secteurs des services sociaux, de l'éducation et de la justice, veiller à ce que les services soient disponibles aux jeunes qui vivent dans la violence familiale.

37. Accroître les connaissances et la sensibilisation des parents relatives à l'influence importante qu'ils peuvent exercer sur les interactions de leurs adolescents avec les groupes de pairs et sur leurs résultats éventuels de santé.

38. Promouvoir les programmes à l'école et dans les communautés qui incitent les mentors pairs et les groupes de pairs à y participer, surtout auprès des jeunes vulnérables.

39. De concert avec les autres services, élaborer et étendre les services d'extension et les services locaux à l'intention des jeunes qui sont vulnérables.

40. Mettre sur pied des équipes d'intervention intersectorielles afin de fournir un soutien et d'inciter rapidement la participation des jeunes qui cherchent à changer leur vie.

41. Élaborer des mécanismes permettant aux jeunes d'évaluer leurs besoins et de renseigner leurs communautés sur des questions, des attentes, des possibilités et des solutions.

42. Fournir de meilleures occasions aux jeunes de participer à l'élaboration des politiques et des programmes.

43. Évaluer l'efficacité de différents mécanismes incitant les jeunes à participer (par exemple, des conseils consultatifs) à l'influence que peuvent exercer les jeunes sur le processus des politiques.

44. Afficher les renseignements relatifs à la santé nécessaires aux jeunes (par exemple, l'alimentation saine, la santé sexuelle) dans le réseau Internet de façon à ce qu'ils soient facilement accessibles.

45. Appuyer le développement de la sensibilisation des médias au programme d'enseignement afin que les jeunes puissent connaître les avantages et les risques provenant des messages des médias et de l'utilisation du réseau Internet.

L'éducation

46. Travailler de concert avec le secteur de l'éducation à élaborer des programmes complets de santé qui appuient le développement de la santé chez les adolescents dans un milieu sécuritaire.

47. Travailler de concert avec le secteur de l'éducation à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies à même le milieu scolaire en vue de répondre aux jeunes qui risquent de décrocher ou d'obtenir de faibles résultats académiques, de répondre aux événements traumatisants et de créer un milieu scolaire positif.

48. Préconiser que l'éducation physique devienne un élément du programme de base tout au long de l'école secondaire.

49. Accroître la disponibilité et la qualité des programmes de santé et d'habiletés de la vie offerts aux adolescents dans les écoles.

50. Accroître l'accès aux professionnels de la santé et aux services de santé au sein du système d'éducation (par exemple offrir des services de prévention primaires et des services d'extension aux jeunes qui sont vulnérables, et jouer un rôle plus actif dans l'éducation de la santé).

51. Travailler de concert avec le secteur de l'éducation afin d'augmenter la fourchette de programmes de soutien aux pairs dans les écoles.

Le revenu

52. Offrir des indemnités non assurées en cas de maladie aux jeunes qui vivent dans des familles à faible revenu et aux jeunes qui vivent seuls ou « dans la rue » (par exemple, les médicaments sur ordonnance, les soins optiques, les contraceptifs, les soins dentaires).

53. Offrir de l'éducation et du soutien aux jeunes afin de retarder la grossesse jusqu'à ce qu'ils aient complété leurs études secondaires.

54. Offrir une nutrition prénatale et des suppléments vitaminiques aux adolescentes enceintes et fournir un soutien aux mères adolescentes afin qu'elles cessent de fumer et de consommer de l'alcool.

55. Offrir des services d'extension complets aux parents adolescents, y compris des renseignements et des ressources qui faciliteront le développement des enfants en santé, et fournir le soutien afin qu'ils complètent leurs études secondaires et qu'ils établissent un système durable à l'intention de leur nouvelle famille.

L'environnement physique

56. Accentuer l'action des inspecteurs de santé publique et appliquer les normes domiciliaires minimales.

57. Favoriser une plus grande disponibilité de logements à prix abordables et sécuritaires pour les familles à faible revenu.

58. Promouvoir des mesures protectrices (par exemple, porter des vêtements protecteurs, rester à l'ombre, éviter le soleil du midi, utiliser un écran solaire qui comporte un facteur de protection solaire supérieur à 15, porter des lunettes de soleil et un chapeau.

59. Renseigner les jeunes sur les effets dangereux des rayons UVA et UVB.

60. Favoriser la mise en application de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada, en portant une attention particulière aux politiques et aux activités législatives qui visent à protéger les personnes exposées à la fumée de tabac ambiante.

61. Travailler avec les ministères appropriés afin d'améliorer la qualité de l'air et de l'eau dans les communautés exposées.

Les capacités biologiques et génétiques

62. Accroître le soutien offert aux adolescents et à leurs familles afin de répondre à leurs besoins par rapport à leur affection chronique et leur fournir les soins liés à leur déficience.

63. Fournir un soutien aux adolescents et à leurs familles afin de leur permettre d'élaborer des plans pour faciliter le passage à l'âge adulte.

64. Promouvoir la sensibilisation sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse par l'entremise des campagnes publiques de sensibilisation et l'inclure dans les programmes scolaires afin de réduire l'incidence du syndrome d'alcoolisme fœtal et l'effet de l'alcool sur le fœtus.

Au-delà des déterminants de la santé

65. Appuyer la liaison des données entre les secteurs et la collecte des données régionales afin d'ajouter aux données nationales.

66. Procéder à la collecte et à l'analyse des données relatives à des populations particulières (par exemple, les jeunes Autochtones vivant en région urbaine, les jeunes ayant des déficiences) et y inclure les différences d'âge et de sexe.

67. Continuer à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer les modèles de collaboration intersectorielle dans la prestation des services.

68. Utiliser les données portant sur les résultats afin d'améliorer la prestation des services et accroître la prise de décision fondée sur les résultats.

69. Appuyer la recherche dans des domaines prioritaires relatifs à la santé des adolescents : la résilience et l'identité chez les adolescents, la prise de décisions concernant des comportements à risques et des comportements qui améliorent la santé, les études propres à chaque sexe et propres à chaque culture.

70. Synthétiser et diffuser la recherche sur le développement des adolescents en santé.

Annexe B

Membres du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (Avril 2000)

Dr Joel Kettner
Président, Manitoba
Directeur de la santé
Ministère de la santé

M. Ian Potter
Vice-président, Santé Canada
Sous-ministre adjoint
Santé Canada

Mme Teresa Hennebery
Î.-P.-É.
Directrice
Ministère de la santé et des services sociaux

Mme Beverly Clarke
Terre-Neuve
Sous-ministre adjointe
Ministère de la santé et des services sociaux

Mme Debra Keays
Nouvelle-Écosse
Directrice
Ministère de la santé

Mme Lyne St-Pierre-Ellis
Nouveau-Brunswick
Conseillère sur les politiques du Ministère de la santé et du mieux-être

Dr Richard Massé
Québec
Sous-ministre adjoint de la santé publique
Ministère de la santé et des services sociaux

Dr Colin D'Cunha
Ontario
Directeur de la Santé et directeur
Ministère de la santé et des soins de longue durée

Mme Sue Hicks
Manitoba
Sous-ministre associée
Ministère de la santé

Dre Marlene Smadu
Saskatchewan
Sous-ministre adjointe
Ministère de la santé

Mme Cecilie Lord
Alberta
Sous-ministre adjointe
Ministère de la santé et du mieux-être

Dr Perry Kendall
Colombie-Britannique
Agent de santé provincial
Ministère de la santé

M. Ron Pearson
Yukon
Directeur
Gouvernement du Yukon

Dre Konia Trouton
Nunavut
Directrice
Ministère de la santé et des services sociaux

Dr André Corriveau
Territoires du Nord-Ouest
Directeur
Ministère de la santé et des services sociaux

Dr Tariq Bhatti
Santé Canada
Directeur
Santé Canada

Dr Bryce Larke
Vice-président F-P-T Sida
Conseiller médical provincial
Ministère de la santé et du mieux-être

Dr David Kinloch
Secteur privé
Conseiller et recherchiste sur les politiques

Dr Ralph Nilson
Secteur privé
Doyen de la Faculté des études sur l'activité physique

Dr Miriam Stewart
Secteur privé
Directrice
University of Alberta

M. Gary Catlin
Observateur
Directeur
Statistique Canada

Mme Kathy Mestery
Manitoba
Présidente associée
Ministère de la santé

Secrétariat
Mme Julie Pigeon
(remplaçante Shélie Laforest)
Santé Canada
Gestionnaire de programme
Santé Canada

M. Pierre Génier
Santé Canada
Gestionnaire
Santé Canada

Annexe C

Membres du groupe de travail sur le développement sain des enfants

M. Brian Ward (Coprésident)
Santé Canada
Directeur
Santé Canada

M^me^ Donna Ludvigsen (Coprésidente)
Alberta
Directrice de projet
Ministère de la santé et du mieux-être

M^me^ Laraine Poole
Î.-P.-É.
Agente de liaison sur les politiques gouvernementales
Ministère de la santé et des services sociaux

M^me^ Joy Maddigan
Terre-Neuve
Directrice
Ministère de la santé et des services communautaires

M^me^ Hope Beanlands
Nouvelle-Écosse
Coordonnatrice
Ministère de la santé

M^me^ Barbara Slater
Ontario
Directrice intérimaire
Ministère de la santé

M^me^ Leanne Boyd
Manitoba
Conseillère sur les politiques et les programmes
Secrétariat de l'enfance et de la jeunesse

M. Jim Simmons
Saskatchewan
Directeur exécutif
Ministère de la santé

M^me^ Laurie Duncan
Colombie-Britannique
Directrice
Ministère des enfants et de la famille

M. Frank Capello
Territoires du Nord-Ouest
Conseiller
Ministère de la santé et des services sociaux

M^me^ Lynda Bottoms
Santé Canada
Analyste de la recherche
Santé Canada

M. Craig Shields
Secteur privé
Conseiller, Services à la personne

D^re^ Miriam Stewart
Secteur privé
Directrice
University of Alberta

Secrétariat
M^me^ Julie Pigeon
(remplaçante Shélie Laforest)
Santé Canada
Gestionnaire de programme
Santé Canada

Liste de références

1. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Création d'une stratégie nationale pour le développement sain des enfants*, Ottawa, le Comité, 1998, n° de catalogue H39-424/1998F.

2. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Investir dans le développement durant la petite enfance : la contribution du secteur de la santé*, Ottawa, le Comité, 1999, n° de catalogue H39-504/1999F.

3. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population*, Ottawa, le Comité, 1999, n° de catalogue H39-468-/1999F.

4. Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario, *Le tabagisme et l'image projetée par les jeunes femmes*, Ottawa, Santé Canada, 1996, n° de catalogue H39-366/1996F.

5. B. Morrongiello, « Prévenir les blessures accidentelles chez les enfants », *Les déterminants de la santé; les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes, 1998, vol. 1. Les documents de recherche ont été demandés par le Forum national sur la santé.

6. D.R. Offord et E.L. Lipman, « Problèmes émotifs et problèmes de comportement », *Grandir au Canada : Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1, de Statistique Canada.

7. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, le Comité, 1999, n° de catalogue H39-507/1999.

8. Ministère des enfants et de la famille, « Youth Policy Framework », préparé pour le ministère des Enfants et de la Famille, Colombie-Britannique, 25 novembre 1999. Publié à http://www.mcf.gov.bc.ca/youth/POLFRAM122.pdf.

9. R.F. Catalano et J.D. Hawkins, *Plan of Action for Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas, 1998-2001*, Washington, Organisation panaméricaine de la santé, 1998.

10. Statistique Canada, *Statistiques démographiques annuelles*, Ottawa, le Ministère, 1998, n° de catalogue 91-213.

11. Totalisation spéciale de Statistique Canada selon les données de recensement de 1996. Préparé pour le Groupe de travail sur le développement sain des enfants du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, mars 2000.

12. Groupe de travail sur la stratégie nationale pour la jeunesse autochtone, *Stratégie nationale pour la jeunesse autochtone*, Le Groupe de travail, 1999.

13. C. Ringwalt, J. Greene, N. Robertson et coll., « The Prevalence of Homelessness Among Adolescents in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 9 (1998), p. 1325-1329.

14. Conseil national du bien-être social, *Profil de la pauvreté, 1997*, Ottawa, le Conseil, 1999, n° de catalogue H67-1/4-1997F.

15. Statistique Canada, cité dans *Le progrès des enfants au Canada à l'aube du millénaire*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1999.

16. Statistique Canada, *Enquête sur la santé et les limitations d'activités : un portrait des personnes ayant une incapacité*, Ottawa, le Ministère, 1991, n° de catalogue 89-542F.

17. D.P. Ross, K. Scott et M.A. Kelly, « Overview: Children in Canada in the 1990s », *Grandir au Canada : Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Développement des ressources humaines et Statistique Canada, 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1, de Statistique Canada.

18. B. Perry, *Fifth Annual Healthy Families America Conference*, Chicago, mars 1997.

19. D. McCall, R. Beazley, M. Doherty-Poirier et coll., *Écoles, santé publique, sexualité et VIH: un rapport de situation*, préparé pour le Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 1999.

20. McCreary Centre Society, *Healthy Connections: Listening to BC Youth*, Burnaby, la Société, 1999.

21. Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario cité dans *Le développement sain des enfants et des jeunes*, Ottawa, Santé Canada, 1999, n° de catalogue H501/1999F.

22. T. Stephens, *Population Mental Health in Canada*, Unité de la promotion de la santé, DGPPS, Ottawa, Santé Canada, 1998.

23. M. Boyd et D. Norris, cités dans *Le progrès des enfants au Canada à l'aube du millénaire*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1999.

24. A.J.C. King, W.F. Boyce et M.A. King, *La santé des jeunes : tendances au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999, n° de catalogue H39498/1999F.

25. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, le Comité, 1999, n° de catalogue H39-467/1999F.

26. K. Kidder, J. Stein et J. Fraser, *La santé des enfants du Canada: Un profil de l'ICSI*, 3e éd., Ottawa, L'Institut canadien de la santé infantile, 2000.

27. Alder Group, *Grandir en santé au Canada : Guide pour le développement positif des enfants*, préparé pour la Sparrow Lake Alliance and Funders Alliance for Children, Youth and Families, 1998.

28. M.N. McCain et J.F. Mustard, *Inverser la véritable fuite des cerveaux: étude sur la petitie enfance rapport final*, Toronto, Secrétariat à l'enfance, Gouvernement de l'Ontario,1999.

29. R. Shore, *Rethinking the Brain*, New York, Families and Work Institute, 1997.

30. R. Lowry, L. Kann, J. Collins et coll., « The Effect of Socioeconomic Status on Chronic Disease Risk Factors Among U.S. Adolescents », *Journal of the American Medical Association*, vol. 276, n° 10 (1996), p. 792-797.

31. J. Reading, *Rapport sur le tabac*, Ottawa, Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999.

32. E.M. Adlaf, F.J. Ivis et R.G. Smart, *Ontario Student Drug Use Survey: 1977–1997: Executive Summary*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1997.

33. J.M. Greene, S.T. Ennett et C. Ringwalt, « Substance Use Among Runaway and Homeless Youth in Three National Samples », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 2 (1997), p. 229-253.

34. D.R. Offord, M.H. Boyle, D. Campbell et coll., « Mental Health in Ontario: Selected Findings from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey: Methodology », *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 41 (1996), p. 549-558.

35. B. Gottlieb, « Promouvoir le développement optimal des jeunes au Canada », *Les déterminants de la santé; les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes, 1998, vol. 1. Les documents de recherche ont été demandés par le Forum national sur la santé.

36. M. Kaufman, éd., « Change is the Essence: Adolescent Development », dans *Mothering Teens: Understanding the Adolescent Years*, Charlottetown, Gynergy Books, 1997.

37. D. Haffner, « Sexuality: The Desire to be Lovable and Loving », dans *Mothering Teens: Understanding the Adolescent Years*, M. Kaufman, éd., Charlottetown, Gynergy Books, 1997.

38. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, « La chlamydiose génitale au Canada », *Actualités en épidémiologie sur les MTS*, Ottawa, Santé Canada, mai 1999.

39. Santé Canada, *La santé des Premières Nations et des Inuits au Canada – un Second Diagnostic*, Ottawa, le Ministère, 1999.

40. La Fondation Sauve-Qui-Pense, *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*, Toronto, la Fondation, 1998.

41. Transports Canada, *Totaux des collisions et des victimes 1977–1996*, Ottawa, le Ministère, 1999.

42. H. MacMillan, C. Walsh, E. Jamieson et coll., *La santé des enfants: Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa, Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999.

43. M. Stewart, éd., « Social Support, Coping and Self-Care as Public Participation Mechanisms », *Community Nursing: Promoting Canadians Health*, Toronto, WB Saunders Company, 2000.

44. J. Ritchie, M. Stewart, M. Ellerton et coll., « Parents' Perceptions of the Impact of a Telephone Support Group Intervention », *Journal of Family Nursing*, vol. 6, n° 11 (2000), p. 25-45.

45. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégie d'amélioration de la santé dans la population : investir dans la santé des canadiennes*, Ottawa, le Comité, 1994, n° de catalogue H39-316/1994F.

46. R. Wilkinson et M. Marmot, éditeurs, *Les determinants sociaux de la sante: des preuves solides*, Copenhagen, Organisation mondiale de la santé, 1998.

47. D.P. Ross et P. Roberts, *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : Un nouveau regard au débat sur la pauvreté*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1999.

48. L. Reutter, « Socioeconomic Determinants of Health », dans *Community Nursing: Promoting Canadians Health*, M. Stewart, éd., Toronto, W.B. Saunders Company, 2000.

49. A.B. Doyle et M.M. Moretti, « Attachement aux parents et adaptation pendant l'adolescence: analyse bibliographique et incidences, non publié, préparé pour la Division de l'enfance et de la jeunesse, Santé Canada, Ottawa.

50. D. Dougherty, cité par A.J.C. King, W.F. Boyce et M.A. King, dans *Trends in the Health of Canadian Youth*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

51. Santé Canada, *Le développement sain des enfants et des jeunes*, Ottawa, le Ministère, 1999, n° de catalogue H39-501/1999F.

52. Alder Group, *Growing Healthy Canadians: A Guide for Positive Child Development*, préparé pour la Sparrow Lake Alliance and Funders Alliance for Children, Youth and Families, s.l., 1998.

53. Conseil canadien de développement social, *Le progrès des enfants au Canada à l'aube du millénaire*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 1999.

54. M.D. Resnick et coll., cités par A.J.C. King, W.F. Boyce et M.A. King, *Trends in the Health of Canadian Youth*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

55. M. Eichler, *Families in Canada Today: Recent Changes and Their Policy Consequences*, Toronto, Gage Publishing, 1983.

56. Association canadienne de santé publique, *Déclaration de principe: l'absence de logement et la santé*, l'Association, 1997.

57. B. Bryant, « How Does Social Support Develop During Childhood? », *Social Problems and Social Contexts in Adolescence: Perspectives Across Boundaries*, K. Hurrelman et S.F. Hamilton, éditeurs, New York, Aldine de Gruyter, 1996.

58. M. Stewart, C. Mangham et G. Reid, « Fostering Children's Resilience », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 12, n° 1 (1997), p. 21-31.

59. Tierney JP, Branch AY (1992). *College Students as Mentors for At-Risk Youth: A Study of Six Campus Partners in Learning Programs.* Philadelphia: Public/Private Ventures.

60. Organisation mondiale de la santé, *Health and Health Behaviour Among Young People*, Copenhagen, Organisation mondiale de la santé, 2000.

61. McCreary Centre Society, *Adolescent Health Survey: Street Youth in Vancouver*, Burnaby (C.-B.), la Société, 1994.

62. OMA Committee on Population Health, *Literature Review on Homelessness and Health in Canada*, Toronto, le Comité, 1995.

63. Santé Canada, *Répondre aux besoins des jeunes à risque au Canada : leçons à retenir d'un projet national de développement communautaire*, Ottawa, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, le Ministère, 1997, n° de catalogue H39-411/1997F.

64. Conseil canadien de développement social, *Le Progrès des enfants au Canada 1998 : gros plan sur les jeunes*, Ottawa, le Conseil, 1998.

65. A. Lefebvre, « Ability On-Line: Promoting Social Competence and Computer Literacy in Adolescents with Disabilities », s.l., *Rehabilitation Digest*, vol. 23 (1992), p. 3-6.

66. P.J. Dunham, « Staying Connected: A Computer Mediated Parenting Support Network for Young Single Mothers », non publié, 1997.

67. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, Ottawa, le Comité, 1996, n° de catalogue H39-385/1996-1F.

68. R.G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London, Routledge, 1996.

69. R. Evans, M. Barer et T. Marmor, éditeurs, *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, Aldine De Gruyter, s.d.

70. J.D. Willms, « Indicators of Mathematics Achievement in Canadian Elementary Schools », *Grandir au Canada : Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Développement des ressources humaines et Statistique Canada, 1996, n° de catalogue 89-550-MPF, n° 1, de Statistique Canada.

71. W.M. Craig, R.D. Peters et R. Konarski, *L'intimidation et la victimisation chez les enfants d'âge préscolaire au Canada*, document préparé pour la Direction générale de la recherche appliquée, politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada, 1998.

72. S. Cragg , C. Cameron et coll., *Canada's Children and Youth: A Physical Activity Profile*, série de rapports spéciaux de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1999.

73. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, « Les obstacles à l'activité physique », *progrès et prévention*, Bulletin n° 4, 1996.

74. M.G. Marmot , G. Rose, M. Shipley et coll., « Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 32 (1987), p. 244-249.

75. M.G. Marmot, « Social Inequalities in Mortality: The Social Environment », *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, R.G. Wilkinson, éd., London, Tavistock, 1986.

76. C. Bouchard, R. Shepard et T. Stephens, *Physical Activity, Fitness, and Health*, Débats internationaux et protocole d'accord, Champaign (Ill.), Human Kinetics Publishers, Inc., 1994.

77. D.P. Ross, K. Scott et M. Kelly, *La pauvreté: quelles sont les conséquences?* Ottawa, Centre de statistiques internationales sur le bien-être social et économique des familles et des enfants, Conseil canadien de développement social,1996.

78. R.D. Bullard et B. Wright, « Environmental Justice for All: Perspectives on Health and Research Needs », *Toxicology and Industrial Health*, vol. 9, n° 5 (1993), p. 821-841.

79. Association canadienne de dermatologie, *Your Kids and the Sun*, Ottawa, l'Association, 1993.

80. T.K. Young, L. Bruce, J. Elias et coll., *The Health Effects of Housing and Community Infrastructure on Canadian Reserves*, Northern Health Research Unit, University of Alberta; Indian and Northern Affairs, 1991.